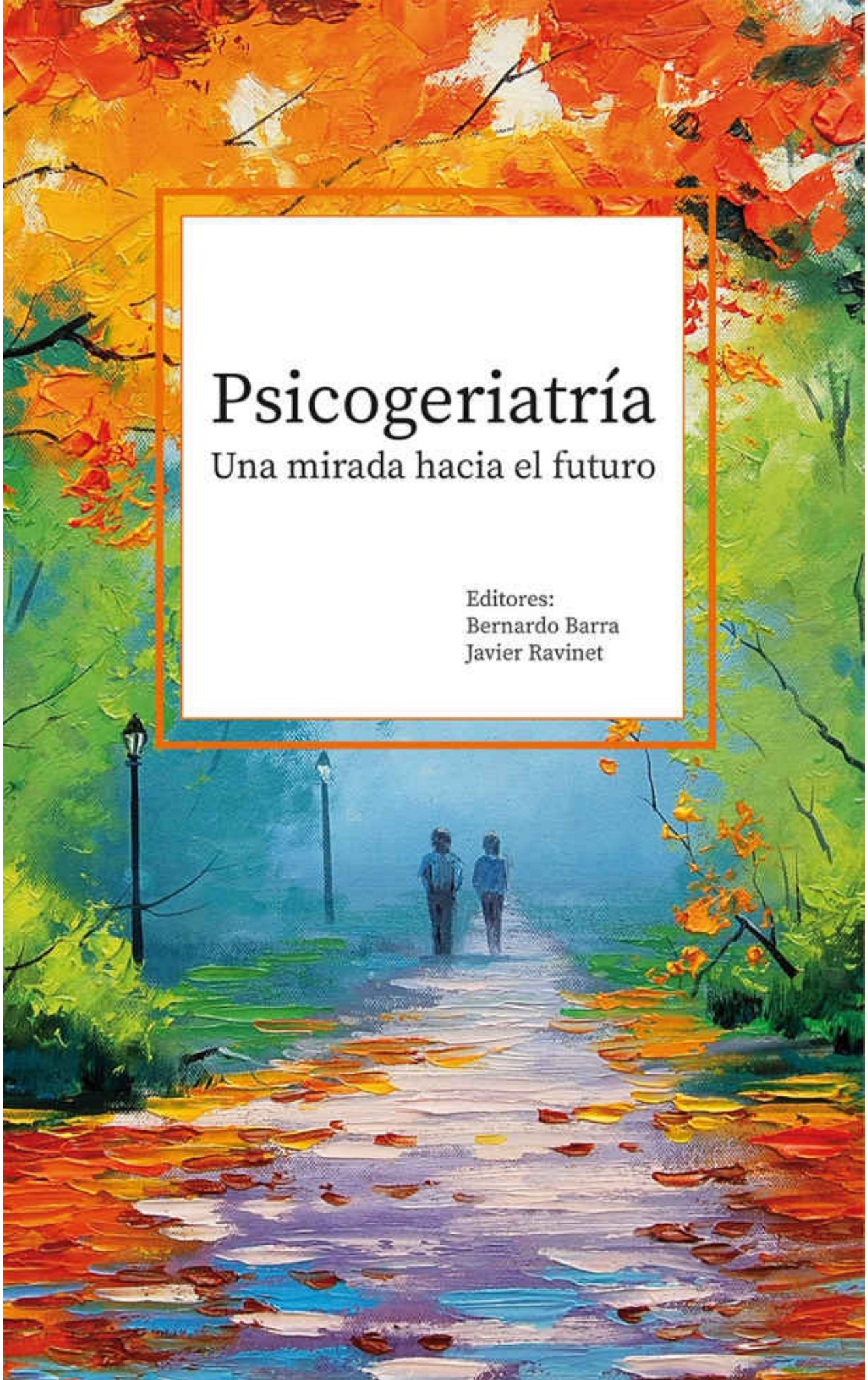
Psicogeriatría

Una mirada hacia el futuro

Editores:
Bernardo Barra
Javier Ravinet



Psicogeriatría
Una mirada hacia el futuro

Psicogeriatría: una mirada hacia el futuro
Bernardo Barra y Javier Ravinet (editores)

Santiago de Chile, agosto de 2018.

Registro de la Propiedad Intelectual Nº 293.542
© Sociedad Chilena de Salud Mental

ISBN Edición Impresa: 978-956-9843-21-9
ISBN Edición Digital: 978-956-9058-22-6

Imagen portada: Graham Gercken, óleo sobre tela.
Diseño y diagramación: Catalina Gallardo y María Soledad Sairafi
orjikh.editores@gmail.com

Diagramación digital: ebooks Patagonia
www.ebookspatagonia.com
info@ebookspatagonia.com

Psicogeriatría
Una mirada hacia el futuro

Editores

Dr. Bernardo Barra
Ps. Javier Ravinet

Sociedad Chilena de Salud Mental

A Trinidad, Ema y Pilar
por acompañarme en esta bella aventura
A María Eugenia,
por su sabiduría e incondicionalidad.
A Luis (mi maestro),
por su generosidad, nobleza y entusiasmo.
B.B.

A Catalina y Matilde
J.R.

ÍNDICE

PRÓLOGO

SECCIÓN I
Aspectos generales del envejecimiento y evaluación psicopatológica

Envejecimiento normal
Rafael Jara López

Envejecimiento desde una perspectiva socioantropológica
Eduardo Medina Cárdenas y Jorge Toro Albornoz

Vida afectiva y sexual en el adulto mayor. Algunas reflexiones.
Javier Ravinet

La entrevista clínica en psicogeriatría
Luis Fernando Agüera Ortiz y Jorge López Álvarez

SECCIÓN II
Trastornos psiquiátricos en el adulto mayor

Depresión en el adulto mayor
Bernardo Barra Cañas

Trastorno afectivo bipolar en adultos mayores
Carlos Sagredo Guidotti

Ezquizofrenia en el adulto mayor
Katherina Llanos Parra y Rolando Monsalve Sepúlveda

Trastorno de ansiedad en el adulto mayor
Bernardo Barra Cañas

Trastornos del sueño en el adulto mayor
Leornardo Serra

Adicción en el paciente adulto mayor
Atahualpa Granda

SECCIÓN III
Trastornos neurocognitivos del adulto mayor

Deterioro cognitivo leve en el adulto mayor
Tiare Lorena Quiroz Opazo

Demencia tipo Alzheimer
Tomás Ignacio León Rodíguez

Delirium en el paciente adulto mayor
Roberto Sánchez González y Luis Pintor Pérez

SECCIÓN IV

Pruebas complementarias

Evaluación neuropsicológica del adulto mayor
Luis Felipe Valdés Zañartu

SECCIÓN V
Generalidades en el manejo de la patología mental del adulto mayor

Psicofármacos en el adulto mayor: generalidades
Julio José Herrera Mingorance

La psicoterapia en el adulto mayor
Pablo Santander

Sobrecarga del cuidador en adultos mayores con demencia, una mirada hacia el futuro
Eugenia Alejandra Álvarez y Carola Andrea Montecino

SECCIÓN VI
Aspectos éticos, legales y de salud pública del adulto mayor

Aspectos jurídicos a considerar en el adulto mayor
Tania Mora Biere

Mirada pública al deterioro psicorgánico asociado a la edad
Carlos Sciolla Donoso

SECCIÓN VII
Psicogeriatría en el Hospital General

Psicogeriatría en el Hospital General
Amanda Rodríguez-Urrutia y Luis Pintor Pérez

AUTORES

PRÓLOGO

El presente libro *Psicogeriatría: una mirada hacia el futuro*, es el resultado de la iniciativa, dedicación y entusiasmo del Dr. Bernardo Barra Cañas, cuya formación académica trasciende a la psiquiatría y es, sin lugar a dudas, uno de las nuevos líderes de opinión del recambio generacional que requiere la especialidad y en particular el área que aborda la salud mental de los adultos mayores.

Lo interesante y destacado de la obra es el proponer al lector un abordaje comprensivo, actualizado y pragmático, que nos traslada al mundo del senescente, desde los "Aspectos generales del envejecimiento y la evaluación psicopatológica", para invitarnos a tomar el desafío que conllevan los "Trastornos psiquiátricos y neurocognitivos del adulto mayor", considerando la validez del aporte que entregan "Las pruebas complementarias" y así poder introducir nuestras inquietudes en aquellas temáticas propias de "Las generalidades en el manejo de la patología mental", destacando la importancia que, en nuestros días tienen, los "Aspectos éticos, legales y de salud pública", sin descuidar una mirada, justa y necesaria, a la "Psicogeriatría en el Hospital General".

Debo referir que en sus capítulos se desarrollan aspectos propios del envejecimiento, así como lineamientos técnicos y las intervenciones terapéuticas útiles y validadas que nos entregan luces sobre el cómo debemos acercarnos de manera científica a las afecciones que se dan en este período de vida. Los adultos mayores son el grupo etario de más rápido crecimiento en el mundo, tal cual lo señala la Organización Mundial de la Salud, por lo que es, en nuestras generaciones, hoy en día, que por primera vez en la historia de la humanidad la mayoría de las personas pueden esperar vivir hasta los setenta años e incluso más, por ello tenemos que tomar conciencia de lo que esto implica para aquellos equipos que trabajan con los adultos mayores, donde se plantea no solo un desafío, sino también una responsabilidad personal, profesional, social, que nos permita aunar esfuerzos para hacer los cambios necesarios, fundamentales no solo en lo que hacemos, sino en la forma misma en que concebimos el envejecimiento.

La Sociedad Chilena de Salud Mental, se complace en presentar este trabajo, el cual, a nuestro juicio, merece el reconocimiento al esfuerzo de su editor y autores, quienes han conjugado voluntades para buscar llenar ese espacio insoluto, que tiene un principio, la "avidez de conocimientos" pero cuyo desenlace sigue en desarrollo en todos y cada uno de nosotros llamados a recorrer la senda inexorable que nos llevará a ser un anciano.

Dr. Atahualpa Granda Flores

Presidente
Sociedad Chilena de Salud Mental

SECCIÓN I

ASPECTOS GENERALES DEL ENVEJECIMIENTO Y EVALUACIÓN PSICOPATOLÓGICA

ENVEJECIMIENTO NORMAL

Rafael Jara López

RESUMEN

El envejecimiento es un conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos, lo que supone una disminución de la capacidad de adaptación en cada uno de los órganos, aparatos y sistemas, así como de la capacidad de respuesta a los agentes lesivos (noxas) que inciden en el individuo. Es un proceso progresivo, universal, irreversible, y ocurre después de que los individuos alcanzan la edad madura [1].

Los diferentes tejidos y órganos y los distintos individuos de una población envejecen a distinta velocidad. Los órganos sufren cambios específicos que afectan su función aumentando la vulnerabilidad y que predisponen a la presentación de enfermedades.

Un área de especial interés se refiere a los cambios anatómicos y funcionales del sistema nervioso que afectan a las funciones cerebrales superiores donde algunas decaen y otras se conservan y aún pueden mejorar dependiendo de las condiciones y estilo de vida de la persona.

El envejecimiento habitualmente se asocia con una disminución de capacidades y un aumento de la vulnerabilidad del sujeto, pero si este lleva un estilo de vida óptimo, se puede alcanzar una vida muy larga con capacidades funcionales y cognitivas conservadas.

INTRODUCCIÓN

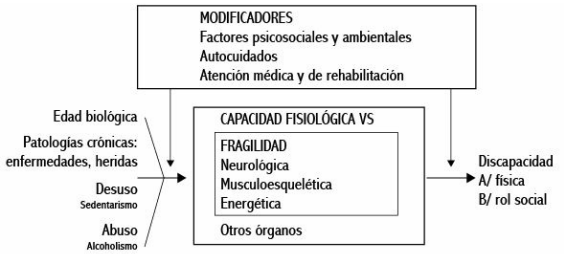
El envejecimiento es un conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia del paso del tiempo sobre los seres vivientes, y supone una disminución de la capacidad de adaptación en cada uno de los órganos, aparatos y sistemas. Este descenso funcional varía mucho entre ellos, así el envejecimiento es un fenómeno muy heterogéneo. Los tejidos, órganos y sistemas; y los individuos pueden

mantenerse funcionando en el tiempo con muy pocos cambios estructurales y manteniendo su funcionalidad y otros envejecen sufriendo cambios importantes deteriorándose [1].

Durante la vida diversos factores inciden en el envejecimiento. Entre ellos podemos contar condiciones ambientales como clima, calidad del aire, disponibilidad de alimentos y hábitos alimentarios, interacción con otras personas, cultura, medicamentos, y muchos otros.

Una forma de sistematizar las causas de los cambios es ordenarlas en cuatro grandes grupos de causas (Figura 1).

FIGURA 1. Modelo conceptual de fragiloidad y discapacidad



FUENTE: Buchner y Wagner,1992 [3]

1. Las enfermedades agudas que dejan secuelas y crónicas que afectan a una persona.
2. Los abusos tales como el consumo de alcohol, drogas, tabaco, u otras conductas de riesgo.
3. El desacondicionamiento, producido por una escasa actividad física y o la disminución de la actividad mental que se asocia al deterioro cognitivo.
4. Los cambios intrínsecos del envejecimiento de órganos y sistemas. Es difícil separar estos últimos, de los cambios debidos a agentes patológicos. En las personas de buena salud, estos cambios se producen en etapas tardías de una vida más bien larga.

Entonces, los adultos mayores son un grupo de personas muy diferentes entre sí. Cada biografía imprime características especiales a cada individuo. Esto hace difícil definir características comunes a todas las personas mayores.

Para efectos de conservación de la funcionalidad los mayores se dividen en: sanos, personas quienes pueden tener una patología crónica bien contralada, adultos mayores frágiles: personas quienes presentan capacidad funcional conservada, pero por las patologías y factores de riesgo presentes, se encuentran vulnerables a que una enfermedad aguda les haga perder capacidad funcional dejándolos dependientes de terceros para realizar actividades de la vida diaria. Y adultos mayores geriátricos: personas que poseen varias patologías con deterioro funcional o cognitivo que los hace dependientes de terceras personas [1,2].

La fragilidad es un estado de reserva fisiológica reducida asociada con una mayor susceptibilidad a la discapacidad. La reducción de la capacidad fisiológica, menor

control neurológico, menor rendimiento mecánico y disminución en el metabolismo energético son los principales componentes de la fragilidad [3].

Otra gran dificultad es distinguir entre procesos fisiológicos y patológicos. Los cambios observados en grandes grupos de mayores envejeciendo, son cambios fisiológicos, los que pueden ser influidos por condiciones patológicas, muchas veces inadvertidas por el sujeto y aún por el equipo médico que lo atiende. Entonces los cambios del envejecimiento fisiológico pueden ser acentuados por el efecto de una vida sedentaria, inactividad intelectual, trastornos del ánimo, hábitos nutricionales inadecuados, tóxicos socialmente aceptados, los que de un modo sutil y difícil de detectar acentúan los deterioros funcionales de un envejecimiento que parece normal.

Lo anterior explica cómo aceptamos una combinación de hechos fisiológicos y patológicos como normales, aceptando un deterioro que parece inevitable. Una población de mayores sedentarios, solitarios, inactivos, con alta prevalencia de patologías, nos parece normal.

Pero entre los mayores existe un grupo que alcanza condiciones llamativamente buenas a edades muy avanzadas y una longevidad que supera, a veces en mucho, la esperanza de vida de su grupo poblacional. El estudio de este grupo ha permitido generar un concepto operativo nuevo: el envejecimiento exitoso, el que se refiere a un envejecimiento en el que la funcionalidad de todos los órganos y sistemas tiende a mantenerse en condiciones óptimas, con una mínima declinación funcional y en condiciones de bienestar.

En un intento de describir el envejecimiento normal, se presentarán los cambios en órganos y sistemas, luego una descripción de los cambios anatómicos y funcionales del cerebro y una breve descripción del envejecimiento exitoso y de las tareas que permitirían conseguirlo.

CAMBIOS EN ÓRGANOS Y SISTEMAS [1,2,4]

CÉLULAS [1,2]

En el proceso del envejecimiento las células se hacen más grandes, y poco a poco pierden su capacidad para dividirse y reproducirse. Presentan un incremento de pigmentos y sustancias grasas en su interior. Por ello, muchas células pierden su capacidad funcional, o bien inician un proceso de funcionamiento anormal. El tejido conectivo pierde flexibilidad, produciendo mayor rigidez en órganos, vasos sanguíneos y vías respiratorias.

CAMBIOS EN LA FIGURA CORPORAL [4]

El tejido celular subcutáneo cambia su distribución. Disminuye en la periferia y se tiende a acumular en las vísceras infiltrando los tejidos normales. La grasa del tejido

celular subcutáneo disminuye y la piel se adelgaza.

Los cambios en huesos, músculos y articulaciones modifican la figura de una persona La deshidratación de los discos intevertebrales y otros cambios osteoarticulares producen una disminución de la estatura de una persona. Después de los 40 años la talla baja un centímetro cada 10 años.

El peso aumenta con la edad hasta después de los 50 años, luego disminuye. En las mujeres el aumento es hasta los 70 años y luego comienza a disminuir. Esta disminución es a expensas de la reducción de masa muscular, masa ósea, tejido graso, especialmente el celular subcutáneo, y reducción de la proporción de agua corporal. Se reduce la estatura, el vientre se hace más redondeado, las extremidades adelgazan y se vuelve más frágiles, la columna tiende a sufrir una hiperxifosis dorsal, que da cuenta de la imagen inclinada en los mayores.

Piel

Es donde la vejez puede ser más evidente, y por ello, es objeto de atenciones, y afecta la imagen de una persona. La piel se vuelve más delgada, más seca, y llega a ser transparente y toma una tonalidad amarillenta. Es menos elástica, aparecen arrugas y disminuyen los folículos pilosos. El color de los pelos disminuye. Disminuye el colágeno y se desorganiza, elastina y melanocitos. Disminuye la tasa de mitosis en la epidermis.

SISTEMA RESPIRATORIO

Disminuye la elasticidad de la jaula torácica, el diámetro anteroposterior del tórax aumenta levemente. La disminución de masa ósea y los cambios en discos intervertebrales modifican la curvatura de la columna dorsal, aumentando la xifosis dorsal. Los discos intervertebrales se deshidratan y calcifican. La musculatura respiratoria también disminuye. El diafragma y la musculatura accesoria disminuyen de masa y fuerza.

En el epitelio bronquial, los cilios disminuyen en actividad y reducen la capacidad de expulsar mucosidad hacia afuera. Disminuye la producción de IgA, por lo que pueden aumentar las infecciones respiratorias virales. Los pulmones disminuyen sus tejidos funcionantes, disminuyen los alvéolos y los vasos capilares, disminuyendo el área de intercambio gaseoso. Los pulmones tienen una elasticidad que se va reduciendo por disminución de la elastina y además procesos inflamatorios durante la vida, infecciones o exposición a humos (tabaco) aumentan el tejido fibroso, lo que contribuye a la rigidez. Disminuye la presión negativa y las vías aéreas tienden a colapsar.

Las consecuencias fisiológicas de los cambios anatómicos se expresan como: disminución de intercambio gaseoso total, disminución de los volúmenes pulmonares lo que afecta la tolerancia al ejercicio y a las grandes alturas sobre el nivel del mar. La voz cambia su tono, se vuelve más débil y ronca.

El reflejo de la tos se vuelve más débil, lo que junto a la disminución de actividad ciliar y de IgA, aumentan la labilidad a los cuadros respiratorios.

SISTEMA DIGESTIVO

Se ven cambios en todos los segmentos y órganos:

La producción de saliva disminuye. La dentadura presenta pérdida de piezas dentarias. Además hay una reducción del gusto y cambio de la sensibilidad para diferentes sabores. Se debe considerar que la dentadura genera un estímulo neuronal, que actúa sobre la corteza cerebral constituyendo un aporte a la conservación de la cognición. El sabor constituye una estimulación sensorial puede disminuir. Y por otra parte se puede mantener o modificar la gnosia lingual, es decir la capacidad de determinar la forma de un objeto presente en la boca. Todo esto contribuye significativamente sobre el estado cognitivo. El tubo digestivo reduce principalmente su función motora. Se produce por disminución de la regulación motora. La función secretora se ve disminuida mostrando una reducción de producción de enzimas digestivas y hormonas.

Los cambios en el sistema digestivo se producen a causa de degeneración neuronal, cambios degenerativos en el tejido conectivo, disminución de la perfusión y eventos isquémicos, cambios en la flora intestinal y cambios en los hábitos y conducta del individuo. El esófago cambia disminuyendo la respuesta peristáltica, aumento de la respuesta no peristáltica, incompetencia de esfínter gastroesofágico y presbiesófago. En el estómago, los principales cambios son: retraso en el vaciamiento de los alimentos, especialmente con los alimentos grasos y líquidos, atrofia de la mucosa, disminución de la secreción gástrica con disminución de la cuantía de ácido clorhídrico y pepsina.

El intestino cambia reduciendo el peso del intestino delgado y la cantidad de mucosa. Hay un acortamiento y ensanchamiento de las vellosidades, que conduce a una atrofia de la mucosa. Además se presenta una sustitución progresiva del parénquima por tejido conectivo. Los folículos linfáticos cambian su distribución, y la función motora produce un enlentecimiento del tránsito intestinal.

El hígado sufre una disminución progresiva en tamaño y peso a partir de los 50 años. Disminuye la perfusión sanguínea. Los cambios histológicos más importantes son la disminución del número de hepatocitos, los que cambian en su morfología. Presentan una reducción del número de mitocondrias en el retículo endoplasmático y en el complejo de Golgi, junto a depósitos de lipofuscina.

El proceso de envejecimiento no se alteran las pruebas de función hepática ni la síntesis de los factores de la coagulación. Existe una reducción en la degradación de las proteínas y la consiguiente acumulación de proteínas anormales

La actividad enzimática de fase 1, que comprenden: oxidación, reducción o hidrólisis para convertir un fármaco original en metabolitos más polares, se reducen de forma progresiva. En cambio, las etapas enzimáticas de fase 2, que incluyen conjugación del fármaco original o el metabolito con su sustrato adicional, apenas se modifican.

La vesícula biliar no presenta modificaciones funcionales ni anatómicas con la edad. La síntesis de los ácidos biliares se ve disminuida debido a la reducción de la hidroxilación del colesterol. También se observa una reducción en la extracción desde la sangre del colesterol en las lipoproteínas de baja densidad. En el páncreas los cambios en el envejecimiento son: disminución de peso, hiperplasia ductal, fibrosis lobar y depósitos de lipofuscina y amiloide, sobre todo en la zona perivascular y en los islotes de Langerhans. no afectan a la función exocrina pancreática.

Las células beta pancreáticas tienen menor capacidad para responder a los aumentos en la glicemia.

CAMBIOS EN LOS SIGNOS VITALES

La temperatura no cambia mayormente al envejecer. Lo que si disminuye es la capacidad de termorregulación a causa de la disminución de la grasa subcutánea y de la menor capacidad de traspiración. Por ello están más expuestos en un ambiente frío, y al contrario, no perciben adecuadamente un sobrecalentamiento por lo que el exceso de calor los afecta súbitamente.

En reposo, la frecuencia cardiaca suele ser más lenta. Ante el ejercicio el aumento de frecuencia es más lento, y al cesar el ejercicio el pulso, demora en disminuir. La frecuencia cardiaca máxima con el ejercicio es menor. Entonces es más frecuente la intolerancia al ejercicio.

La presión arterial tiende a aumentar levemente. Los vasos sanguíneos pierden elasticidad, regulando más lentamente la presión arterial ante los cambios de posición, lo que aumenta el riesgo de hipotensión ortostática.

La respiración tiende a mantenerse estable. Ante la ausencia de patología respiratoria los volúmenes pulmonares cambian levemente. La frecuencia respiratoria se mantiene estable, aún aunque disminuya el oxígeno disponible, por ello su aumento o disminución fuera de rango normal, debe inducir a sospecha de patología.

SISTEMA CARDIOVASCULAR

Junto con la reducción de agua corporal, se reduce el volumen sanguíneo. Baja el número de glóbulos rojos y con ello, el hematocrito y la hemoglobina. Los leucocitos se mantienen estables, aunque los linfocitos disminuyen en número y cambia su funcionalidad.

Las células miocárdicas sufren cambios degenerativos leves, aumentan los depósitos de lipofucsina. Las válvulas cardíacas sufren un engrosamiento y un aumento en su rigidez. En el nódulo sinusal puede haber infiltración fibrosa o de grasa, lo que puede facilitar la aparición de arritmias. El tamaño del corazón aumenta a expensas del ventrículo izquierdo. El miocardio del ventrículo izquierdo se engrosa, lo que disminuye la fracción de eyección y el llene ventricular durante el diástole es más lento. La aorta se hace más

gruesa y rígida aumentando la presión arterial. Los barroreceptores son menos sensibles lo que predispone a la hipotensión ortostática. Hay un engrosamiento de las paredes de los capilares con lo que el intercambio de oxígeno y glucosa y le eliminación de desechos es más lenta.

ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS

Los órganos de los sentidos presentan cambios que afectan la percepción sensorial en los mayores. Esto afecta al sistema perceptual en forma global, es decir si los sentidos nos entregan menos información del entorno o esta es de inferior calidad, se afecta la globalidad de la percepción y adicionalmente las tareas cognitivas se hacen con menor rendimiento. A continuación describiremos los cambios principales en órganos de los sentidos.

VISIÓN

Los ojos sufren cambios importantes.

La pupila presenta un diámetro reducido, la luz que alcanza la retina es menor, la dilatación y reducción ante el estímulo luminoso es menor y hay una menor capacidad de responder a los cambios de luz.

El iris presenta una disminución de su color y los ojos tienen a presentar una color gris o azul. La agudeza visual presenta una ligera reducción después de 50 años de edad, pero esta se hace más rápida después de los 70 años de edad.

Sensibilidad a la luz: Con la edad disminuye el contraste de brillo y de colores Los adultos mayores requieren de muy alto contraste para resolver objetos pequeños.

Percepción del color: La capacidad de discriminar entre los colores es máxima en los primeros veinte años. Disminuye con la edad avanzada.

Hay también una disminución dramática en la adaptación a la oscuridad, con lo que se afecta la capacidad de ajustar la vista a las diferentes condiciones de luz y se establece una menor visión nocturna.

Las cejas y pestañas encanecen y se adelgazan. El tejido subcutáneo se atrofia, se presentan arrugas alrededor de los ojos. La grasa orbitaria disminuye con lo que el globo ocular retrocede levemente asociándose a párpados caídos. Los ojos aparecen hundidos.

Córnea y cristalino

La sensibilidad de superficie ocular se reduce. El cristalino disminuye su transparencia, aumenta su grosor y se endurece. Esta pérdida de flexibilidad contribuye a la presbicia. Se afecta la discriminación de colores. El drenaje del humor acuoso se enlentece y aumenta el riesgo de glaucoma.

OÍDO

Oído externo: el pabellón auricular presenta arrugas y tiende a caer. El cerumen se deshidrata y tiende a cumularse en el conducto auditivo externo. Hay frecuente prurito.

La membrana timpánica se adelgaza y la articulación de los huesecillos es menos eficiente

En el oído interno se produce atrofia del órgano de Corti y las neuronas cocleares. Hay pérdida de células ciliadas sensoriales y se produce una degeneración de estría vascular que reviste la pared exterior de la cóclea. Disminuye la sensibilidad a los tonos altos y a la discriminación del lenguaje verbal afectando la comunicación. Especialmente cuando varias personas hablan simultáneamente.

GUSTO

El gusto disminuye después de los de 70 años de edad. Los más afectados son los sabores salado y dulce. Esto lleva a la menor ingestión de alimentos, baja de peso, desnutrición, deterioro inmunitario, se afecta la convivencia social, etc.

OLFATO

Los cambios en el olfato se hacen más frecuentes después de los 60 años. Se producen cambios en la mucosa olfativa, hay una reducción en las células sensoriales, reducción en la actividad de los neurotransmisores y alteraciones estructurales de las vías respiratorias, tracto olfatorio y bulbo olfatorio. A esto se suma que los cambios en el hipocampo afectan la memoria olfativa a largo plazo y los cambios en el hipotálamo reducen el componente afectivo en la experiencia olfativa. Los recuerdos asociados al olfato, asociados a emociones y afectos se deterioran.

SISTEMA MÚSCULOESQUELÉTICO

Los cambios que se producen en el sistema musculoesquelético se producen por factores fisiológicos que son producto del paso del tiempo, por factores patológicos, que corresponden al efecto de diferentes enfermedades y por condiciones ambientales como la nutrición y los requerimientos de movilidad propios del estilo de vida del paciente.

Hueso

El hueso al envejecer va perdiendo su densidad. La densidad ósea es el producto de la masa ósea máxima adquirida durante el desarrollo y las pérdidas al envejecer. Esta masa ósea depende de diversos factores: genéticos, nutricionales dependiendo del aporte de proteínas, calcio, fósforo, vitamina D, hormonales presencia de estrógenos, farmacológicos (uso de corticoides), actividad física, exposición a la luz solar, ingestión de productos que afectan la masa ósea, como tabaco, alcohol, café y bebidas carbonatadas. La actividad osteoclástica está aumentada y la osteoblástica está disminuida. El hueso trabecular (esponjoso) es menos denso, metabólicamente más

activo y pierde masa ósea con mayor rapidez desde los 35 años, aumentando en la post menopausia y después de los 80 años. El hueso cortical es más estable y pierde densidad con mayor lentitud.

Articulaciones

Los cambios que se producen en las articulaciones se inician a partir de los 20-30 años. En el cartílago articular se observa: a) disminución de la elasticidad; b) cambio de color; c) la superficie es más fina y friable; d) aumento de la fragilidad para los desgarros y e) disminución de la resistencia al sobrepeso. El líquido sinovial disminuye la viscosidad y se produce fibrosis en la membrana sinovial.

En el cartílago articular se observa disminución de la elasticidad, la superficie es más fina y friable, puede desgarrarse fácilmente, y disminuye la resistencia al sobrepeso.

Los ligamentos y tendones pierden resistencia a causa de la reducción en la proliferación y la actividad de síntesis de proteínas de los fibroblastos. El tejido conectivo se hace más rígido y la cicatrización es más lenta.

Músculo

La masa muscular se reduce. Esto se denomina sarcopenia. En los jóvenes el 30% del peso es músculo, a los 75 años, se reduce al 15%. La disminución de masa muscular ocurre a expensas de las fibras musculares tipo II, de contracción rápida. Las fibras tipo I, de contracción más lenta, tienen un descenso menor y tienden a conservarse. Esto explica en parte el enlentecimiento de los movimientos en los mayores. Junto a la pérdida de fibras musculares disminuye la fuerza muscular, es lo que se llama dinapenia. La dinapenia se asocia a disminución de fibras musculares y unidades motoras.

SISTEMA URINARIO

El tamaño y peso de los riñones se reduce. Disminuye el número de glomérulos funcionantes, Aumenta el número de glomérulos escleróticos y no funcionantes. Baja la tasa de filtración glomerular. La capacidad de eliminación de ácido y la capacidad de balance hídrico se conservan.

La vejiga presenta edema, infiltración linfocítica, su pared presenta trabéculas y divertículos, facilitando la colonización bacteriana. La musculatura del piso pelviano se debilita, generando incontinencia urinaria

SISTEMA INMUNE

Hay una declinación general de la función inmune. El sistema requiere de más estímulos y tarda más tiempo para activarse. La respuesta primaria y secundaria es de menor magnitud y la memoria celular se pierde en menos tiempo. Aumentan los autoanticuerpos. Los linfocitos T disminuyen y hay menos linfocitos T naive y más

linfocitos mT de memoria con una respuesta más pobre frente a nuevos patógenos. Los Linfocitos B naive también se reducen. El timo se atrofia reduciendo los linfocitos T y los Natural Killer facilitando la aparición de neoplasias.

SUEÑO

Los cambios del sueño son de gran relevancia. El cuidado del sueño en los mayores tiene gran influencia en su bienestar y salud general. El tiempo total de sueño se tiende a mantener o se reduce brevemente. El tiempo en dormirse aumenta, así como los despertares nocturnos, los que se producen por estímulos menores. La sensación de sueño reparador se reduce y los mayores tienden a estar en la cama más tiempo que los jóvenes. Estos cambios se reducen considerablemente si los mayores realizan actividades intensas en el día. En cuanto a las fases del sueño, la fase I aumenta, la fase II se mantiene y la II ó IV se reducen. El sueño REM se reduce. Lo anterior se asocia a la reducción de hormona de crecimiento, la que ayuda a la reparación de tejidos durante el sueño [5].

ENVEJECIMIENTO COGNITIVO NORMAL

El estudio del envejecimiento cognitivo normal es un área de especial interés, debido a que se necesita caracterizar los cambios propios del envejecimiento, separándolo de la patología.

Existen dificultades metodológicas. En los estudios longitudinales es frecuente que los participantes abandonen el estudio. Suelen mantenerse los participantes más sanos, los que tienen mayor nivel educacional, los que tienen mejor nivel económico y quienes tienen mejor nivel cognitivo. Al incorporar a los sujetos se cometen faltas como incluir a personas que ya tienen un deterioro cognitivo leve no detectado. También se subestima el deterioro cognitivo que puede aparecer durante el estudio.

En los estudios transversales, al comparar personas nacidas hace varias décadas con personas más jóvenes encontramos diferencias que son el producto del estilo de vida y actividades. Por ejemplo, las personas nacidas en los años 30´s comparadas con otros nacidos en los años 70 tienen diferencias en su estilo de vida, educación, cultura, requerimientos para el éxito. Esto condiciona diferentes funciones cognitivas facilitando algunas tareas o inhibiendo otras, sin que esto dependa de sus capacidades cognitivas. Por ejemplo, la memoria musical que tenían las personas antes de que hubiera medios de reproducción (discos, cintas, internet), realizaba grandes esfuerzos para aprender y recordar piezas musicales en comparación a la actualidad en donde encontramos fácilmente la música que nos interesa. Otro error frecuente es sobreestimar los efectos del envejecimiento. Se atribuyen al paso del tiempo los cambios cognitivos que podrían tener su origen en otra causa [6].

A continuación veremos cambios estructurales y funcionales y luego cambios neurocognitivos.

CAMBIOS ESTRUCTURALES Y FUNCIONALES

Sustancia gris: La sustancia gris comienza su disminución a los 20 años. Esta declinación es mayor en el córtex prefrontal y más discreto en los lóbulos temporales. En ellos destaca la reducción del hipocampo. Una estructura de especial interés es la corteza entorinal, la que realiza la conexión entre el hipocampo y áreas de asociación. No se reduce en las personas normales, si lo hace en la enfermedad de Alzheimer.

TAMAÑO NEURONAL Y DENSIDAD SINÁPTICA

Al envejecer, normalmente se produce una reducción del tamaño neuronal y de la densidad sináptica. Disminuye la arborización dendrítica, el largo de las dendritas y el número de las espículas sinápticas. Esto depende en gran medida de la mantención de la actividad cognitiva. A mayor actividad, menor reducción de estructuran neuronales.

EFECTO DEL β AMILOIDE

El β amiloide es un componente característico de la neuropatología de la enfermedad de Alzheimer. Pero también está presente en el 20 o 30 % de los mayores normales. Su presencia adquiere características patológicas cuando se acompaña de otros hallazgos como reducción de los hipocampos o de la memoria episódica. Esto podría predecir la conversión de sujetos normales a Deterioro Cognitivo Leve y a Demencia tipo Alzheimer [2].

La Tractografía o Imágenes por tensor de difusión (*Diffusion tensor imaging*: DTI) Utiliza técnicas de imagen por resonancia magnética y análisis de imágenes. El resultado se presenta en imágenes bi y tridimensionales. Permite estimar la ubicación, orientación y anisotropía de los tractos neuronales de la sustancia blanca del cerebro. Ha permitido identificar desorganización de la sustancia blanca en las regiones anteriores del cerebro, las que se asocian a disfunciones ejecutivas.

CAMBIOS NEUROCOGNITIVOS

Inteligencia Fluida y Cristalizada

La inteligencia cristalizada corresponde a un conjunto de competencias, habilidades y conocimientos cuya característica es que son bien aprendidos, muy practicados y que en general poseen una familiaridad con la persona, quien domina las tareas que enfrenta. Ejemplo de ello son el vocabulario, el conocimiento general y las habilidades que desplegamos haciendo tareas que son habituales. La inteligencia cristalizada depende de

la acumulación de conocimientos. Al envejecer, la inteligencia cristalizada se mantiene y aún puede ser levemente mejor en la sexta y séptima décadas de la vida.

La inteligencia fluida es la capacidad innata de aprender o procesar nueva información y resolver problemas. Algunos componentes de la inteligencia fluida son las funciones ejecutivas, la velocidad de procesamiento, la memoria y las habilidades psicomotoras. Se estima que alcanzan su mejor rendimiento en la tercera década de la vida y luego inician un decaimiento.

HABILIDADES COGNITIVAS

Velocidad de Procesamiento

Es la velocidad en que se desarrollan las actividades cognitivas y la respuesta motora asociada. Corresponde a la capacidad que establece la relación entre la ejecución cognitiva y el tiempo invertido en realizar una tarea. Por ejemplo una tarea visual: decodificar letras y números que entregan un mensaje para realizar una acción (ejemplo: lo que tarda leer: "Levante la mano derecha dando un paso" y hacerlo efectivamente). El ejemplo de una tarea auditiva puede ser escuchar lenguaje hablado y ejecutar una acción asociada al mensaje (estando quieto de pie, escuchar "gire a la izquierda" y hacerlo efectivamente). La velocidad de procesamiento alcanza un *peak* en la tercera década de la vida y luego sigue un decaimiento posterior. Puede afectar diferentes dominios en sujetos sanos, por ejemplo la fluencia verbal [4,6].

Atención

Es la capacidad de concentración y enfoque en un estímulo determinado.

Puede referirse a tareas simples: por ejemplo, audición en período breve (repetir una secuencia numérica breve). Es una habilidad que se mantiene con pocos cambios. En este caso participa la memoria inmediata.

Para tareas complejas tenemos dos categorías:

Atención selectiva: capacidad de enfocarse en información específica del ambiente mientras se ignora la información irrelevante. Ejemplo: escuchar y conversar en un ambiente ruidoso, o cómo un policía distingue personas con actitudes sospechosas en una muchedumbre.

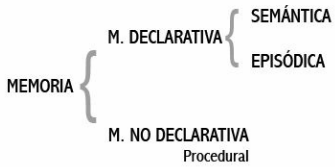
Atención dividida: capacidad de enfocarse de múltiples tareas al mismo tiempo, como cocinar y contestar el teléfono simultáneamente.

Memoria de trabajo: es retener en la memoria información relevante y manipularla al mismo tiempo: ordenar una secuencia de números y letras en una secuencia alfanumérica. Calcular la propina de una cuenta de restaurante. Ver un número de teléfono y retenerlo mientras marcamos para luego olvidarlo. Desarmar un circuito electrónico y reconstruirlo recordando dónde va cada pieza, después de rearmado el circuito, nos olvidamos de los detalles.

En estas modalidades los mayores declinan según su experiencia. Disminuye en las tareas menos familiares, y se mantienen según el tipo de tareas que realizó en su vida. Así un mecánico automotriz declinará más rápido en tareas abstractas que en la organización de piezas en el espacio.

Memoria

La memoria es la capacidad del Sistema Nervioso Central de fijar, organizar, actualizar (evocar), y/o reconocer eventos de nuestro pasado psíquico. Esta evocación permite ubicar a la mayoría de nuestros recuerdos en su contexto espaciotemporal, en tanto otros son evocados en función de sus vinculaciones semánticas o cognitivas.



Los diferentes tipos de memoria evolucionan de modo distinto al envejecer.

Memoria declarativa es la recolección consciente de hechos y eventos. Es la que permite narrar sucesos o elementos en forma de discurso.

Memoria semántica: banco de información, uso del lenguaje y conocimiento práctico. Es la acumulación y perfeccionamiento de conceptos. Nos permite evocar una palabra o una expresión precisa en la elaboración de un enunciado o discurso. La experiencia nos permite perfeccionar el concepto que se encuentra incluido en cada palabra. Por ejemplo: un niño ve poca diferencia entre el significado de las palabras casa y hogar. Con la experiencia, casa se refiere más bien a un espacio físico y a una estructura y hogar alude a un espacio físico, a la presencia de personas afectivamente significativas, a usos, costumbres, percepción de seguridad, etc. A diferencia de la memoria episódica, la memoria semántica no tiene un componente temporal.

La memoria semántica declina en etapas tardías de la vida, pero se mantiene en personas con lenguaje más educado.

Memoria episódica: se refiere a eventos experimentados personalmente en un tiempo y lugar específico. Comprende el recuerdo de historias, listas de palabras y descripción de figuras. Declina a lo largo de toda la vida.

Memoria no declarativa (implícita): esta ocurre fuera de la conciencia. Ejemplo: recordar una canción muy familiar como cumpleaños feliz.

Memoria Procedural: es la memoria de habilidades motoras y cognitivas. Es la capacidad de realizar diferentes secuencias motoras para conseguir un fin. Por ejemplo, andar en bicicleta, tocar un instrumento musical, abrocharse un zapato, realizar una sutura, etc. Es una memoria que no se puede comunicar. Se adquiere a través de un aprendizaje motor en forma lenta e incremental, y luego se presenta en forma automática. Si una vez aprendida la tarea motora deja de realizarse, pasado un tiempo, si

se intenta nuevamente, la tarea tiende a ejecutarse con cierta facilidad dependiendo de la complejidad y la familiaridad con que se ha realizado en el pasado.

La memoria no declarativa permanece sin cambios a lo largo de la vida.

La adquisición, es decir, la habilidad de codificar nueva información en la memoria disminuye con la edad.

La retención de información aprendida se conserva en adultos mayores sanos.

La recuperación, esto es, acceder a información aprendida, la capacidad de recordar elementos, declina con la edad.

LENGUAJE

El lenguaje es una función compleja, se forma integrando un conjunto de habilidades cristalizadas y fluidas. En general se mantiene estable. Incluso puede mejorar en adultos mayores sanos.

Existen algunas excepciones:

La nominación por confrontación visual, o sea, denominar un objeto que se ve. Se mantiene hasta los 70 años, luego declina.

Fluencia verbal: capacidad de realizar una búsqueda verbal y generar palabras de una cierta categoría. Ejemplo: nombrar el mayor número nombres de animales en un tiempo asignado. Se mantiene o declina levemente.

CONSTRUCCIÓN VISUOESPACIAL

Son un conjunto de funciones cognitivas que comprenden la habilidad de entender el espacio en dos y tres dimensiones. Se categorizan como:

Competencias de construcción visual

Capacidad de unir partes individuales para formar un todo coherente. Ej: ensamblar partes de un rompecabezas. Esta capacidad declina con la edad.

Habilidades visuoespaciales

Percepción de objetos: reconocer objetos como artículos de la casa y caras.

Percepción espacial: Capacidad de reconocer la localización física de objetos solos o en relación a otros. Las habilidades visuoespaciales se mantienen.

FUNCIONES EJECUTIVAS [4,6]

Son un conjunto de capacidades que permiten que una persona logre una conducta independiente, apropiada, propositiva y de alta utilidad para sí misma.

Está formada por un amplio rango de habilidades cognitivas que permiten planificar, organizar, monitorear, ser mentalmente flexible y resolver problemas y evaluar

eficientemente el resultado de una acción. Por ejemplo: planificar una tarea, evaluar durante su desarrollo si se realiza correctamente y evaluar el resultado final.

En este sentido, la formación de conceptos, la abstracción y la flexibilidad mental se ven disminuidos al envejecer y el pensamiento se vuelve más concreto.

La inhibición de respuestas automáticas (o impulsivas) a favor de una nueva respuesta mediada por la atención y el razonamiento también disminuye. Por ejemplo si una persona está habituada a entrar por una calle para llegar a una tienda y esa tienda se cambia de dirección, una persona con funciones ejecutivas disminuidas tenderá a seguir el camino original para llegar a ella.

Respuestas ejecutivas que requieren una rápida respuesta motora: sensibles al envejecimiento.

Razonamiento inductivo: Se realiza cuando tomamos dos o más premisas particulares y llegamos a una premisa general. Ejemplo: premisa 1: Juan es delgado y corre muy rápido. Premisa 2: María es delgada y corre muy rápido. Premisa general: las personas delgadas corren muy rápido. El razonamiento inductivo declina desde los 45 años.

Razonamiento verbal, matemático o el razonamiento con material no familiar declina con la edad.

Otras tareas como la percepción de similaridades, descubrir significado de proverbios, razonamiento con material familiar, permanecen estables.

Es destacable que muchas habilidades se conservan y aún mejoran en las personas con actividad cognitiva intensa.

ENVEJECIMIENTO EXITOSO

La descripción del envejecimiento nos muestra que el estilo de vida, la actividad física y mental desarrollada es muy diferente en las distintas personas. Así algunas llegarán a una edad avanzada funcionando perfectamente y otras se deteriorarán y requerirán apoyo para la realización de sus actividades de la vida diaria [7].

Es por eso que surge el concepto de envejecimiento exitoso, el que se define como un estilo de vida personal y social, que cursa con dignidad, energía y salud, actividad física y mental, participación, comunicación e integración social, productiva y política; seguridad, tranquilidad y satisfacción con la vida propia, que termina con una buena muerte [7,8].

Para lograr este objetivo se ha desarrollado una disciplina emergente, la Gerontología Preventiva. Y ella plantea las tareas que se deben desarrollar para lograr el envejecimiento exitoso [7]:

1. Alimentación óptima

- Dieta mediterránea.

- Evitar abandono de alimentos específicos.

2. Ejercicio físico intenso

- El ejercicio contribuye a la mejoría funcional en todos los sistemas. La inmovilidad los deteriora a todos (Tabla 2)

3. Prevención del deterioro cognitivo

- Tratamiento y prevención del *stress*
- Tratamiento y prevención de la depresión
- Vitaminas y minerales
- Ejercicio físico
- Actividad mental [10]
- Estrógenos en menopausia

4. Participación social y comunicación

- Disponer de bienes (casa, ahorros, ingresos)
- Previsión (salud, jubilación)

5. Prevención y diagnóstico de enfermedades, en especial: Enfermedades cardiovasculares

- Enfermedades oncológicas
- Patología endocrina
- Patología del aparato locomotor

6. Uso adecuado de fármacos

- Prevenir polifarmacia
- Evitar interacciones medicamentosas
- Emplear fármacos óptimos para una patología
- Evitar fármacos de alto riesgo para adultos mayores

TABLA 1 [8]

PRINCIPALES CONSTITUYENTES DEL ENVEJECIMIENTO EXITOSO

Definiciones teóricas

Expectativa de vida
Satisfacción de vida y bienestar

Salud mental y psicosocial, función cognitiva, crecimiento personal, aprender cosas nuevas

Salud física y funcionalidad, independencia funcional

Características y recursos psicológicos, incluyendo autonomía, control, independencia, adaptabilidad, entereza, autoestima, perspectiva positiva, objetivos, sentido del ser

Actividades sociales, comunitarias, de ocio, integración y participación

Redes sociales, soporte, participación, actividad

Definiciones Adicionales (desde los adultos mayores)

Realizaciones
Disfrute de la dieta
Seguridad financiera
Vecindad (cercanía)
Apariencia física
Productividad y contribución para la vida
Sentido del humor
Sentido de propósito (propositividad)
Espiritualidad

TABLA 2. Comparación de los efectos de la inmovilidad y el ejercicio en cada sistema

	INMOBILIDAD	EJERCICIO
Cardiovascular	Pérdida de acondicionamiento Hipotensión ortostática Enfermedad tromboembólica	Controla presión arterial Baja resistencia periférica Mejora contractilidad miocárdica Mejora riego miocárdico
Osteomuscular	Falta de acondicionamiento muscular Contracturas Disminución de masa ósea	Impide la atrofia muscular, mejora la fuerza muscular, mejora la masa ósea Mejora la alineación raquídea, mejora funciones neuromusculares Destrezas Reacciones posturales, coordinación de los movimientos Equilibrio y marcha, funcionalidad general
Piel	Atrofia cutánea Úlceras por presión	Mejora trofismo de la piel
Respiratorio	Descenso de la ventilación Atrofia de musculatura accesoria Desacondicionamiento del diafragma Atelecasias Neumonía por aspiración	Aumenta la capacidad ventilatoria Aumentan la capacidad vital y el volumen corriente. Mantiene elasticidad del parénquima pulmonar y la capacidad de la musculatura ventilatoria Mejora el consumo tisular de oxígeno y la resistencia a la fatiga

Digestivo	Anorexia Estreñimiento Impactación fecal	Mejora la movilidad intestinal Reduce el estreñimiento
Génitourinario	Infección urinaria Retención urinaria Cálculos vesicales y renales Incontinencia urinaria	Reduce litiasis urinarias Reduce infecciones urinarias Mejora trofismo de piso pelviano Reduce incontinencia urinaria
Metabólicos	Cambio en composición corporal (menor volumen plasmático) Balance nitrogenado negativo Disminución de la tolerancia a la glucosa Metabolización anormal de medicamentos	Normaliza las tasas de colesterol y triglicéridos Aumenta colesterol HDL Aumenta la tolerancia la glucosa Facilita la eliminación de catabolitos Reduce la obesidad Reduce el tejido adiposo Aumenta la fijación mineral ósea La exposición al sol mejora los niveles de vitamina D
Sistema Nervioso	Deprivación sensorial Agravamiento de la demencia Delirium Depresión	Estimula las funciones intelectuales (contacto social, ritmo, resistencia) Mejora la perfusión cerebral Aumenta endorfinas con efecto euforizante y antidepresivo Efecto lumínico Actividades en la calle mejoran la sociabilidad, la autoestima y los cuidados de la imagen corporal Regulariza el ciclo sueño-vigilia El ejercicio en horas tempranas evita la pasividad Mejora el alerta sensorial Mejora la calidad del descanso
Inmunológicos	Aumenta mediadores inflamatorios plasmáticos: TNFα, leucocitosis, proteína C reactiva.	Reduce de la circulación sanguínea marcadores inflamatorios: TNFα, leucocitosis, proteína C reactiva Ejercicio lúdico aumenta eficiencia inmunológica.

1. Para conseguir un envejecimiento exitoso en el área cognitiva se ha propuesto una serie de tareas secuenciales que podrían lograr el objetivo [8]:
2. Comprender que existe un imperativo demográfico. La población mayor crece muy rápido.
3. Comprender el concepto de envejecimiento saludable del cerebro.
4. Entender que la prevención de la demencia consiste principalmente en retrasar la aparición de demencia.
5. Conocer y aplicar las diversas estrategias basadas en la evidencia para promover el cerebro saludable al envejecer.
6. Determinar quién es la población objetivo, cuándo comenzar a aplicar estos intervenciones, y cuándo detenerse.
7. Comprender el potencial de cambios cerebrales (neuroplasticidad), la capacidad del cerebro para generar nuevas células cerebrales (neurogénesis) y el concepto de Reserva Cognitiva.

8. Comprender las instrucciones que las futuras investigaciones deben tomar para hacer del envejecimiento saludable del cerebro una realidad para todos.
9. Comprender el papel del gobierno, las compañías de seguros de salud y instituciones académicas para promover el envejecimiento saludable del cerebro.
10. Comprender el rol de los equipos médicos y de cada individuo de la población en la promoción del cerebro sano.

El envejecimiento exitoso es un área de interés creciente. Existen muchas consideraciones en torno a diferentes órganos, sistemas y funciones como el rol del sueño, relaciones interpersonales, el rol de la sociedad y la política, etc. Se puede pensar en un envejecimiento óptimo, con gran calidad de vida y aun pensando en un buen cuidado al final de la vida [11].

BIBLIOGRAFÍA

1. Guillén F, Ruipérez I. Manual de Geriatría. Madrid: Editorial Masson; 2002.
2. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Tratado de Geriatría para Residentes. Madrid: International Marketing & Communication; 2006. 47-58.
3. Buchner D, Wagner E. Preventing frail health. Clin Ger Med. 1992; 8 (1): 1-17.
4. Fillit H, Rockwood K y Woodhouse K. Broklehurst´s Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology. Piladelphia: Saunders Elsiever; 2006. 73-137.
5. Feinsilver S, Hernández A. Sleep in the elderly unanswered questions. Clin Ger Med. 2017; 33 (1): 579-596.
6. Harada C N, Marissa C, Natelson Love C, Triebel K. Normal Cognitive Aging. Clin Ger Med. 2013; 29 (4): 737-752.
7. Fries J F. Successful aging -an emerging paradigm of gerontology. Clin Ger Med. 2002; 18 (3): 371-382.
8. Castillo M D. Envejecimiento exitoso. Revista Médica Clínica Las Condes 2009; 20 (2):167-74.
9. La Rue A. Healthy Brain Aging: Role of Cognitive Reserve, Cognitive Stimulation, and Cognitive Exercises. Clin Ger Med. 2010; 26 (1): 99-111.
10. Desai A, Grossberg G, Chibnall J. Healthy Brain Aging: A road map. Clin Ger Med. 2010; 26 (1): 1-16.
11. American Geriatric Society. Geriatrics Review Syllabus: A Core Curriculum in Geriatric Medicine. Nueva York: Blackwell Publishing; 2002. 114-122.

ENVEJECIMIENTO DESDE UNA PERSPECTIVA SOCIOANTROPOLÓGICA

Eduardo Medina Cárdenas y Jorge Toro Albornoz

RESUMEN

Se presenta una primera parte con algunos antecedentes históricos y socioculturales del tema central del capítulo, ordenados en cinco momentos, a saber: 1) Marco Tulio Cicerón en la Antigüedad clásica (siglo I AC); 2) la situación a fines del siglo XIX y comienzos del XX en los Estados Unidos de América; 3) la situación general del mundo occidental a mediados del siglo XX; 4) la situación latinoamericana durante la segunda mitad de este siglo; y 5) dos referencias específicas respecto a la situación chilena de la segunda mitad de este mismo período.

Se presenta una segunda parte que cuantifica lo sucedido en general en el mundo y luego en Chile, destacando la situación particular de los mayores de 60 años de edad durante los años 2007-2016, algunas estimaciones cuantitativas hacia el año 2050, más algunas estadísticas sanitarias y policiales recientes sobre suicidios y violencia intrafamiliar referida a la población senescente.

Finaliza el capítulo con algunas perspectivas y proposiciones sobre este grupo analizado.

INTRODUCCIÓN

Para quienes nacieron en la primera mitad del siglo XX era común no conocer a sus abuelos, aunque ocasionalmente la vida les permitía tener trato directo con sus abuelas, en tanto que para los nacidos en la segunda mitad no solo había sido una experiencia común relacionarse con ambos, sino también al final del siglo con sus bisabuelos, incluso estos con roles civiles todavía activos.

Por otra parte, si se tiene en cuenta la esperanza de vida al nacer (ver la Tabla 1), la trayectoria vital era de 20 a 30 años a comienzos del siglo XX, contrastando con los 70 a 80 años a finales del mismo. Expresado complementariamente, un ciudadano común de este país en los inicios de este lapso en su minoría apenas alcanzaba a iniciarse en la vida adulta (es decir, obtener una profesión u oficio que le permitiera independizarse de sus padres, subsistir autónomo y formar una familia) en tanto que a finales del mismo otro ciudadano común podía no solo intentar el cumplimiento de las metas anteriores sino que variar en las mismas o agregar otras en el territorio nacional o afuera, por la creciente facilidad para viajar, estudiar o establecerse más allá de nuestras fronteras (sin duda que con el 'otro lado de la medalla' siempre presente, expresado en el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles, los accidentes, las violencias y el hacinamiento urbano moderno, entre otras consecuencias desfavorables de todas estas dinámicas).

Finalizando estas imágenes, cada curso de vida en esta secuencia centenaria permitía en su mitad diferenciar entre niño/adulto/viejo lo ocurrido al inicio, y entre niño/adolescente/adulto activo/adulto mayor o vejez al final, en tanto que en los últimos años del siglo XX y comienzos del siglo XXI cada vez más se insinúa la importancia de operacionalizar una cuarta etapa activa a la secuencia media recién expresada precisando mejor la condición del adulto mayor y reservando lo todavía conocido como vejez a la etapa posterior a los 80 años de edad (situación ya expresada por diferentes sectores sociales civiles y eclesiásticos, que permiten a sus funcionarios de jerarquía superior cumplir roles institucionales activos hasta alcanzar la edad recién señalada).

TABLA 1. Esperanza de vida al nacer según sexo. Chile, 1910-2010

AÑO	HOMBRES	MUJERES
1910	26	26,6
1920	30,9	32,2
1930	39,5	41,8
1940	40,7	43,1
1952	52,9	56,8
1960	54,4	59,9
1970	58,5	64,7
1980	67,3	74,1
1991	71,3	77,2
2000	74,8	80,8
2010	75,2	80,9

Fuente: MIDEPLAN. Informe Social 2011

Este capítulo pretende ser un aporte hacia la operacionalización de esta situación social cada vez más frecuente, la de precisar un rol personal y colectivo más activo para quienes están entre los 60 y 80 años de edad, al mismo tiempo que sugerir nuevas condiciones para los que han cruzado este límite y que todavía pueden cumplir roles activos dentro del transcurso de sus propias vidas.

ALGUNOS ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y SOCIOCULTURALES

1. El envejecimiento es una etapa de la vida que históricamente ha motivado importantes reflexiones [1].

Marco Tulio Cicerón (106-43 AC), en su libro *De Senectute* es uno de los pocos autores de la Antigüedad Clásica que celebra la vejez. La obra fue escrita a sus 62 años de edad, adoptando la forma de diálogo entre Catón el Viejo y los jóvenes Escipión y Lelio. Estos se admiran de la intensa actividad del octogenario y este les da sus famosas razones para no renegar de la vejez sino aceptarla como una etapa más de la vida, rica en dones y placeres. Se trata de un tratado del arte de aprender a envejecer.

Refuta ordenadamente los cuatro motivos que hacen pensar de la vejez como una etapa miserable, a saber: uno, la vejez aparta de las actividades, porque las cosas grandes se hacen no con la fuerza y agilidad del cuerpo, sino mediante el consejo y la autoridad (por ejemplo, en la ancianidad Sócrates empezó a estudiar cómo tañer la lira y el propio Catón el idioma griego); dos, se pierde la fuerza física, lo cual es obvio, pero abundan las enfermedades, que también presentan los jóvenes, por lo cual el anciano debe controlar su salud (hacer ejercicios, comer y beber con templanza, para ayudar a la mente y al espíritu, ("la vejez es honorable si ella misma se defiende, si mantiene su derecho, si no es dependiente de nadie y si gobierna a los suyos hasta el último aliento"); tres, la edad provecta hace perder placeres, lo que Catón destaca como beneficioso pues en la juventud estos extinguen el espíritu y la pasión arrastra a violencias y crímenes, situación fácil de comprender respecto a los placeres de la mesa, pero menos respecto del amor y el sexo, así como a la autoridad del viejo, que deriva no de canas ni arengas, sino del esfuerzo constante previo (que lleva típicamente a la figura del pater familias romano); y cuatro, la proximidad misma de la muerte, lo que lleva al autor a desear que, como el hombre no puede ser inmortal, es sabio que deje de existir "a su debido tiempo". Si no hay nada después de la muerte, nada debe temer; si la muerte es la puerta a la vida eterna, debiera desearla.

Esta obra de Cicerón es un bello monumento al ideal (una especie de texto de autoayuda). Sus páginas muestran una esperanza y estímulo a que siempre es posible aspirar a algo mejor. Como apología de la vejez logró su propósito, pero como la vejez misma, con una doble faz, porque lo que se celebra es al mismo tiempo motivo de preocupación. La vejez, como la vida misma, acepta miradas diferentes y hasta contradictorias. A esta distancia histórica y en el contexto de una sociedad urbana moderna y compleja, fácilmente nos permite matizar que la expectativa de vida tanto

mayor que entonces resulta frecuentemente acompañada de la dependencia y la pobreza, que es siempre difícil que el joven acepte o tolere su deber propio de cuidar del viejo, y que el contexto general de calidad de vida resulta siempre elusivo.

El Dr. Lolas termina su reseña de Cicerón citando al filósofo y experto en bioética norteamericano Daniel Callahan,[1] quien tratando de precisar qué es una vida adecuadamente vivida y cuando es razonable que termine, propone racionar los recursos sanitarios siempre limitados (tratamientos de alto costo y uso de alta tecnología) según la edad, específicamente a partir de los 80 años ya vividos, límite que le parece razonable para una 'vida plena'.

2. En una segunda aproximación histórica es de interés citar a Hareven [2]. Esta autora inicia su presentación recordando al psicólogo Granville Stanley Hall (1844-1924), quien por 1880 creó el concepto de 'adolescencia' y por 1920 el de 'senectud', concluyendo que mientras sus colegas enfatizaban el deterioro psicorgánico o buscaban la fuente de la juventud, Hall destacaba los procesos singulares del crecimiento y del envejecimiento y sus importancias sociales). A comienzos del siglo XX en los EE.UU. la preocupación por la vejez venía de diferentes direcciones: médicos, psicólogos y escritores populares; expertos en eficiencia (rendimiento laboral de los ancianos) y reformadores sociales (preocupación por su calidad de vida); sin embargo, luego de varias trayectorias, solo recién en 1935 se aprobó la Ley de Seguridad Social y desde 1940 apareció más definidamente el nuevo campo clínico de la gerontología.

El reconocimiento de la importancia de la vejez llegó a la sociedad algo más tarde, mediante la fijación de la edad (65 años) y un rito especial de iniciación: la jubilación y el comienzo del goce de los beneficios del seguro social. De muchas aproximaciones surgidas, esta autora constata que los campos que Eric H. Erickson[2] denomina de 'integridad' son los que mejor aportan en esta comprensión, a saber: a) ubicación en el tiempo histórico (sugiere su afinamiento mediante el estudio de cohortes), b) vida de trabajo y productividad (estudios comparativos anteriores y posteriores a los inicios de alguna legislación social), y c) orientación y funciones de la familia (estrategias de ayuda mutua e intercambio de servicios entre parientes viejos y jóvenes). Por ello viene al caso destacar 'curso de vida' en lugar de 'ciclo vital', porque esta solo enfatiza la trayectoria individual, en tanto que la otra integra las sincronizaciones del desarrollo individual con la experiencia colectiva de la familia, conforme el individuo pasa por la vida. Se enfatizan los campos propuestos con un ejemplo de cada uno:

- La reacción de gente de 60 años a comienzos del siglo XX era más traumática que luego de la legislación social: los primeros habían trabajado arduo desde jóvenes y ahora se los desechaba, en tanto que los segundos tenían un retiro más pautado y protegido.
- La permanencia en un mismo empleo era rara en la población trabajadora, porque los años de mayor productividad mejoraban el trabajo, pero luego de los 60 años su decaimiento lo hacía volver al nivel inicial ("empecé como barrendero,

trabajé duramente hasta llegar a capataz y ahora estoy nuevamente convertido en barrendero", un trabajador resumía de sí mismo).

- Los viejos que vivían solos o con alguien no familiar eran 1 de cada 10 (1850), 1 de cada 8 (1880), 1 de cada 6 (1950) y 1 de cada 4 (1970).

3. A mediados del siglo XX surgen otras perspectivas históricas y sociológicas generales sobre el tema. Así, Anderson [3] describe que, aunque toda sociedad siempre ha debido enfrentar el problema de la edad, la experiencia de antiguos contextos en sociedades más simples —donde comúnmente se asumía que el problema debía dejarse a la familia y a la comunidad local, además que se predicaba que si cada ser humano sabía que llegaría a viejo, debería prepararse para no terminar sus años laborales en la pobreza — no resultan funcionales en la sociedad urbana industrial. El problema no solo es económico, sino también de aislamiento social: los ancianos se convierten en un problema global no solo para ellos, sino para los demás porque, aún cuando existan seguros que abordan los aspectos económicos, los problemas sociales y psicológicos todavía esperan.

Por su parte Álvarez [4], en un análisis en perspectiva sociológica más dinámica que incluye los conflictos de clase, propone que la pobreza y la angustia de la vejez derivan de la organización social, siendo un grave error considerarlos como carencias de dotes originales o efectos de límites naturales. "La vejez es un proceso en gran medida proporcional a la exclusión del anciano de la esfera de la producción y de la circulación; en la observación inmediata… parece estar determinada por la disminución de las capacidades del anciano… el pensionario es la aceptación oficial de lo que la naturaleza produce; sin embargo, en una reflexión crítica, es evidente que la decadencia intelectual está ligada a la exclusión del adulto de los procesos de aprendizaje".

Por otra parte, los descensos en las tasas de mortalidad y los cambios en la expectativa de vida y la estructura etaria de una población ocurridos a lo largo del siglo XX preocupan cada vez más a los cientistas sociales, a los planificadores y a los políticos. Así, como ejemplos, parámetros como expectativa de vida al nacer, ingreso per cápita, relación entre la cantidad de habitantes según sus tramos de edad (aproximadamente población 0-20 años, 21-40, 41-60, mayor de 61 años), acceso a la educación, uso del 'ocio', etc., son situaciones en estudio más que categorías establecidas con soluciones viables[3].

4. Avanzado el siglo XX, dos investigadoras mexicanas realizan otros aportes importantes de tener en cuenta en el gran tema de los patrones diferenciales del envejecimiento en situaciones de salud y enfermedad [5, 6]. Según la teoría del comportamiento, en el envejecimiento hay un inevitable desligamiento o retraimiento mutuo entre quien envejece y los demás miembros del mismo sistema social, porque quien envejece reduce sus roles y relaciones sociales, lo cual su contexto tiende a aceptar. Así, los que envejecen pueden clasificarse aproximadamente como pertenecientes a cuatro grupos:

a) Clase dirigente (gubernamental y empresarial): se consideran ancianos quienes tienen entre 75 y 86 años o más. Tienen redes sociales mayores que los otros, todavía pueden aportar beneficios a las personas que los siguen. Este anciano continúa en el mundo social al que pertenece y sigue viviendo cerca de su familia, si rompe alguna regla tiende a ser comprendido mientras no se arriesgue la integridad del grupo.

b) Clase asalariada con estabilidad laboral (trabajadores manuales o de oficina): se sentían así quienes tenían entre 70-75 años. Mientras tuvieron ingresos estables tenían redes sociales casi exclusivamente familiares. Requerían de su jubilación, no obstante lo magra que pudiese ser, porque se apoyaba en estrategias anteriores mientras tuvieron sus ingresos normales (compra de algún terreno cuyo usufructo podían compartir con familiares próximos, participaciones todavía de utilidad colectiva en la vida común, comportamiento intachable, volcamiento a grupos sociales o religiosos, etc.).

c) Trabajadores jornaleros sin estabilidad laboral: personas que empezaron a sentirse viejos entre los 80 y 85 años. Corresponde a un número menor por tratarse en una importante proporción de casos de economía informal (migrantes rurales, casi sin parientes directos en esta etapa anciana, que llegaron a esta edad porque en las anteriores eran física y biológicamente muy resistentes; también unidades familiares maquiladoras por cuenta de empresas mayores). Un 20% vivía con descendientes, pero el resto vivía solo (se entendían con dificultad con familiares inmediatos) y trataban de seguir obteniendo algún ocasional ingreso monetario basado en relaciones previas de confianza con miembros de la clase dirigente, con estrategias tales como que algún patrón antiguo les permitía vivir en alguna dependencia de sitios antiguos vacíos, cuya presencia contribuía a defender la propiedad de posibles invasiones; vivir en sitios familiares grandes cumpliendo funciones de seguridad, jardinería, etc.).

d) Intelectuales, artistas, profesionales de nivel académico superior con vocación e independientes: personas entre 75 a 80 años. De presencia también escasa en el conjunto, con escasas relaciones sociales precisas, lo que les otorgaba mucha autonomía individual. Su autonomía dependía también del aprecio público previamente logrado, además de seguir en su actividad anterior o agregar alguna otra nueva.

Concluyen lo siguiente: 1) el envejecimiento es una característica de clase, que varía según la participación previa en el aparato productivo. 2) sus enfermedades son diferenciales, pues responden a haber vivido previamente en la opulencia o en la necesidad.

5. Por último, un panorama más centrado en nuestra realidad nacional se obtiene de dos aportes más específicos [7, 8]. En la primera referencia [7] se plantea la importancia del enfoque sistémico en las intervenciones hacia la vejez porque permite generar cambios en diferentes niveles, a saber: creando y/o activando redes de apoyo en el ámbito psicosocial; reestructurando la relación de sus actores al interior de la familia misma; enriqueciendo las interacciones directas del profesional con su consultante. El surgimiento de la familia nuclear y el aumento en la expectativa de vida plantean situaciones diferentes a la familia tradicional, aquella iniciada con la constitución de una

pareja, el nacimiento y desarrollo de sus hijos, la posterior aparición de nietos y tal vez bisnietos que ocupaban parte del tiempo hábil de los mayores, ciclo que cesaba con la muerte de la pareja original ya mayor o anciana.

Las nuevas situaciones surgidas pueden ser múltiples, por lo que se eligen algunas a manera de ejemplos. Una resulta del prolongado lapso desde que los hijos se independizan y sus mayores fallecen, que origina en las mujeres muy centradas en la crianza de los hijos y sus descendientes lo conocido como "síndrome del nido vacío". Otra resulta de la situación contraria, cuando los mayores siguen incorporados al mundo laboral, caso más notorio entre las mujeres, y no pueden destinar suficiente tiempo funcional al cuidado de sus descendientes. Una tercera deriva de que la generación joven no puede dedicar suficiente tiempo de apoyo a sus viejos. Otras surgen de la posible viudez, —mayor en el contingente femenino—, así como de la posible influencia de otros subsistemas eventualmente activos tales como el conyugal, el parental, el filial, el fraterno, etc. (las autoras grafican lo anterior proponiendo para la mujer que ahora su rol de madre necesita ser eventualmente ampliado a los de suegra, hija, hermana, cuñada, etc., lo que también vale para su cónyuge todavía vivo y activo). Detrás de adultos mayores que consultan, en su mayoría de sexo femenino, se puede encontrar soledad (por la independencia de los hijos, la viudez o la enfermedad del cónyuge), la pérdida del rol tradicional de abuela (ambivalencia de los jóvenes hacia el ejercicio de roles parentales sustitutos) y un cambio de vivienda (reducción de calidad del entorno social y de la calidad de vida), más empobrecimiento, sensación de pérdida o la inversión de jerarquías.

Las autoras concluyen en que es poco realista situar la relación familiar como el centro de la vida en la vejez, pareciéndoles más adecuado tender a crear o a activar redes de apoyo extra familiares (con amigos, conocidos, miembros de organizaciones comunitarias, etc.) que otorguen otros sentidos a las vidas de los adultos mayores, tales como trabajos social, político, intelectual o artístico.

La segunda referencia [8] parte recordando que en la Asamblea Mundial del Envejecimiento (Viena, Austria, 1985) se acordó que las personas o poblaciones 'ancianas' (adultos mayores, AM) son las que tienen 60 o más años de vida. Sus autores recuerdan que en ese año los AM en Chile eran el 10% de la población (esperanza de vida entonces era 75 años), en tanto que para 2025 estimaron que ese grupo etario llegaría al 18% de la población nacional. Entonces también se estimó que lo más importante para un AM era ser autovalente tanto física como mentalmente, y que de los 1.400.000 AM, el 67% era autovalente, el 30% estaba en condiciones de fragilidad o necesitaba ayuda y solo el 3% dependía totalmente.

El envejecimiento representa en cada AM la integración de cambios fundamentales físicos (apariencia física, enlentecimiento global, enfermedades, discapacidades, invalidez o jubilación, duelos, soledad, conducta y actividad sexual, etc.), todo ello en una variable interrelación con el entorno sociofamiliar, en el contexto de la proximidad de la muerte. Este proceso en sus aspectos psicológicos debe considerar que el Yo dispone de menos energía psíquica como para responder con la eficiencia anterior

acostumbrada y que sus mecanismos de defensa pueden resultar insuficientes ante las nuevas condiciones o por la sola expectativa de que algo pudiera acontecer, con la angustia consiguiente; por otra parte pueden exacerbarse rasgos de la personalidad tales como introversión, hostilidad, asertividad, meticulosidad, pasividad, etc., que podrían condicionar importantes regresiones a etapas vitales anteriores; finalmente pueden afectarse los procesos mentales superiores (memoria, percepción, atención, concentración, orientación, juicio, etc.) centrados en la corteza prefrontal, en lo conocido genéricamente como Síndromes Frontales o Disejecutivos, posibles de manifestarse en cambios en la capacidad anterior de llevar con éxito una conducta con un propósito determinado, cambios en los anteriores rasgos de personalidad, o en la simple aparición de apatía y mutismo.

Los cambios sociales asociados al envejecimiento pueden deberse tanto a pérdidas reales como a situaciones simbólicas o simples fantasías derivadas de cambios en los ritmos de vida. Así, por ejemplo, la capacidad de aprender el uso de nuevas tecnologías, los cambios en la gravedad de enfermedades crónicas, la masiva migración rural urbana de adultos jóvenes y de edad media, el mayor ingreso al contexto laboral de la población femenina, la merma de ingresos económicos asociados con la jubilación, la viudez especialmente de la mujer, etc., son posibles factores que obligan a adaptaciones más o menos funcionales y eficientes.

APROXIMACIONES A LA CUANTIFICACIÓN DEL UNIVERSO Y SU CONTEXTO

1. Los grandes cambios sociales y económicos verificados a partir de la segunda mitad del siglo XX han contribuido a la modificación del perfil demográfico de los países. Chile no escapa de esta tendencia y, ya a partir de la década de los 80, se encuentra —junto con Argentina, Cuba y Uruguay— dentro de la etapa avanzada de transición demográfica, alcanzando en el año 2015 el lugar 28 en el mundo con una esperanza de vida al nacer de 80,5 años, superando a los países mencionados (Tabla 2) con natalidad y mortalidad moderadamente baja, lo que se traduce en un crecimiento natural del orden del 1,4 por cada cien personas anualmente al 2015.

En la población mundial la cantidad de ‘ancianos’ se duplicará entre 1990-2025 entre 500 millones a 1.000 millones, principalmente en África, Asia y América Latina (en 1960 había 200 millones de ‘ancianos’ distribuidos uniformemente en países ‘desarrollados’ y ‘en desarrollo’, para 2025 esta proporción será 28% y 72%) [9].

TABLA 2. Esperanza de vida al nacer (EVN) según lugar en países seleccionados [10]

LUGAR	PAÍS	EVN	LUGAR	PAÍS	EVN
1	Japón	83.7	17	Nueva Zelanda	81.6
2	Suiza	83.4	18	Austria	81.5

3	Singapur	83.1	20	Reino Unido	81.2
4	Australia	82.8	21	Portugal	81.1
5	España	82.8	24	Alemania	81.0
6	Italia	82.7	25	Grecia	81.0
7	Islandia	82.7	27	Dinamarca	80.6
8	Israel	82.5	28	Chile	80.5
9	Francia	82.4	30	Costa Rica	79.6
10	Suecia	82.4	31	Estados Unidos	79.3
11	Corea del Sur	82.3	32	Cuba	9,1
12	Canadá	82.2	44	Uruguay	77,0
14	Holanda	81,9	46	México	76,7
15	Noruega	81,8	50	Argentina	76,3

Fuente: WHO, 2016.

Haciendo un análisis histórico de la variación de la esperanza de vida al nacer, la Tabla 1 muestra que entre el año 1910 al año 2010, la esperanza de vida prácticamente se ha triplicado tanto en hombres como en mujeres chilenos.

Según las proyecciones del INE, en el año 2018 se estima para Chile una población de 18.552.218 habitantes, de los cuales 2.083.595 (un 11,2%) son mayores de 65 años. Ello implica no solamente un crecimiento numérico de adultos mayores, sino que con la disminución de la natalidad y la mayor esperanza de vida, se incrementará el índice de dependencia de este grupo de los estratos económicamente activos.

En el año 1950 se calcularon en Chile 258.901 adultos mayores de 65 y más años de edad, representando un 4,3% de la población total de país, estimándose que para el año 2020 esta proporción alcance un 11.2% con un total de 2.083.595 y para el año 2050 un 21,6% y un total de 4.361.136 adultos mayores [13]. Ello traerá aumento en las patologías orgánicas, como demencias, pero también en las reacciones emocionales (trastornos de adaptación, depresiones, ansiedad, intentos suicidas y suicidios, etc.) y las condiciones físicas adversas (desnutrición, accidentes, fracturas, compromisos sensoriales).

2. Otra importante aproximación se obtiene con algunas citas de un reciente y comprensivo aporte nacional más específico, “Chile y sus mayores. 10 años de la Encuesta Calidad de Vida en la Vejez”, realizado por el Instituto de Sociología de la Pontificia Universidad Católica de Chile y el Programa “Viva la Vida” de la Caja de Compensación de Asignación Familiar Los Andes [15].

Se trata de una serie de cuatro estudios realizados en 2007, 2010, 2013 y 2016 que representan metodológicamente a la población nacional urbana mayor de 60 años de edad entre esos años, que indaga en cuatro dimensiones: condiciones físicas (autopercepción de salud, capacidad funcional y atención en salud) / condiciones

materiales (suficiencia de ingresos y condiciones económicas) / relaciones afectivas (suficiencia de necesidades afectivas y calidad de relaciones familiares / bienestar subjetivo (autopercepción general de calidad de vida).

El índice de calidad de vida en la vejez ha mantenido su tendencia al alza entre 2007-2016. El subíndice mejor evaluado es el de calidad de las relaciones afectivas y los peor evaluados son bienestar subjetivo y condiciones materiales. No hay diferencias significativas por género ni por edad, pero sí por educación: a mayor nivel educativo ha mejorado más la calidad de vida de los adultos mayores.

La satisfacción general con la vida se ha incrementado entre 2007-2016 en 16%. Aunque las brechas educacionales han disminuido, los adultos mayores con menor nivel educacional siguen menos satisfechos con su vida en comparación con los otros grupos. Las personas menores de 75 años son quienes más han aumentado su satisfacción vital.

También se indagó en las siguientes posibles preocupaciones (tener que depender de otras personas, que fallezca un familiar querido, que se vaya a enfermar gravemente, que lo asalten en la calle, quedarse solo, quedarse con menores ingresos, que entren a robar a su casa y otras análogas). Una de las principales es tener que depender de otras personas, aunque los de mayor nivel educacional, no obstante estar preocupados de todos estos aspectos, lo están menos de quedarse solos y más de que los asalten en la calle; por otra parte, aunque las dificultades económicas y de salud siguen siendo sus principales problemas, han ido disminuyendo las personas que presentan síntomas depresivos.

En cuanto a sistemas de pensiones y jubilación, entre 2013 y 2016 han disminuido en 11% quienes no cotizan o no han cotizado en algún sistema (aunque las mujeres y quienes tienen menor nivel educacional han cotizado menos). Por otra parte, el 76% de quienes mencionaron haber cotizado recibía algún tipo de pensión o jubilación, siendo los 62 años la edad promedio para obtenerla.

En cuanto a tener actividad en el mercado laboral, entre 2013 y 2016 había aumentado la proporción de personas mayores activas de 29,7% a 32,4%. Aunque la actividad laboral es mayor entre quienes no están jubilados pero que cotizan o han cotizado (63%), una cuarta parte de los que están jubilados continúa trabajando, entre estos los hombres de menor edad y las personas con mayor nivel educacional, aumentando quienes trabajan por cuenta propia que los que siguen siendo empleados dependientes. En general se mantienen laboralmente activos los adultos mayores a quienes les agrada su trabajo actual que quienes tienen necesidades económicas, lo que coincide con el propósito mayoritario de seguir trabajando mientras su salud se lo permita.

Respecto a ingreso y satisfacción de necesidades, quienes disponen de dinero holgado o justo para ello entre 2007-2016 subieron desde un 64% a un 76%. Por otra parte, entre 2013 y 2016 las personas con deudas en tarjetas de crédito, establecimientos comerciales, cajas de compensación y bancos disminuyeron entre 1% al 4%.

Sobre calidad de su salud, en 2016 por primera vez quienes la consideraban excelente, muy buena o buena superaron a las personas que la consideraron regular o mala; en este cambio favorable fue relevante un mejor nivel educacional y la condición femenina. Los

problemas de salud más importantes fueron la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, en tanto que descendieron la falta de ánimo, la sensación de piernas hinchadas, los problemas de memoria y las caídas. El uso regular de medicamentos ascendió en el lapso desde más de tres al día para los menores de 75 años de edad hasta seis y más en los mayores.

La mitad de los adultos mayores están casados y en su gran mayoría viven acompañados (un 60% todavía vive con hijos y un 38% con nietos) o se visitan con frecuencia con sus hijos ya independientes. Sobre actividad física, los hombres y quienes tienen mayor nivel educacional la realizaron más que las mujeres y las personas de menor nivel. En general se conserva el apoyo emocional y material entre ellos y sus hijos.

Respecto a actividad sexual, los matrimonios o parejas que conviven la mantienen más que quienes viven solos, considerando más importante este aspectos alrededor de los 2/3 del universo en estudio, en particular los hombres de mayor nivel educacional.

En actividades de ocio y pasatiempo, entre 2010 y 2016 aumentaron las personas que salían de sus casas varias veces en la semana y que visitaban o recibían parientes, pero disminuyeron la lectura y la participación religiosa. Cerca del 75% del universo refiere autonomía para tomar decisiones sobre cuestiones cotidianas y elegir en qué ocupar su tiempo libre, capacidad que baja claramente en los mayores de 75 años de edad13.

En el rubro ciudades amigables hay apreciación mayoritaria favorable por las calles iluminadas y el uso de teléfonos celulares. Respecto a tecnologías comunicacionales (internet, computador, *smartphones* y similares), los menores de 75 años de edad y de nivel alto educacional las empleaban más, sin mayores diferencias por sexo.

El mantener buena salud, un nivel material de vida adecuado, salir con frecuencia de su casa o recibir en ella y mantener un nivel de lectura, así como participar o haber participado en organizaciones de apoyo se asociaba con un mejor bienestar.

3. Problemas de suicidios y de violencia intrafamiliar.

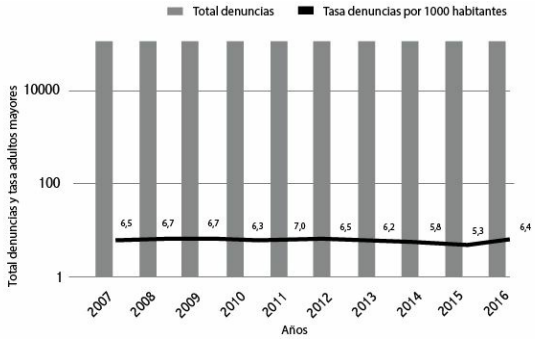
En relación a suicidios, denominados “Lesiones autoinfligidas intencionalmente”, Chile registra los últimos cinco años, 2011 a 2015, una tasa relativamente estable en los AM de 65 años y más, con rangos que oscilaban entre 1,5 a 1,3 por 10.000 habitantes de esa edad, con números absolutos en el año 2015 de 270 lesiones letales autoinfligidas intencionalmente (CIE 10 X60 a X84), siendo 230 correspondientes al sexo masculino (85,2%) con una tasa de 2,9 por 10.000 hombres de 65 años y más, y 40 muertes del sexo femenino (14,8%) con una tasa de 0,4 por 10 mil mujeres de 65 y más años de edad [14].

Un tema a relevar son los registros de denuncias y aprehendidos sobre violencia intrafamiliar que publica Carabineros de Chile [16]. El año 2007 hubo un total de 108.199 denuncias en niños, hombres, mujeres y adultos mayores, teniendo estos últimos un total de 1.409 registros y una tasa que oscila entre 1,3 a 1 por 1.000 adultos mayores, representando un 1,3%, de los cuales 1.069 (75,3%) fueron de tipo violencia psicológica [14, 16].

En el año 2016 de un total de 115.655 denuncias de violencia contra las personas, 1.952 (1,7%) lo fueron contra el adulto mayor, de las cuales 1.632 (63,6%) fueron de tipo psicológica, entendiendo el sesgo de denunciar por las personas que sufren violencia intrafamiliar por una parte, como asimismo registros eventualmente reiterados de una misma persona. Lo que sí se muestra es una tendencia creciente de este tipo de violencia psicológica que ha registrado un incremento de un 52,7% en el decenio analizado. Llama la atención que del total de denuncias psicológicas el número de aprehendidos sea baja: en 2016 solamente se registraron 9 detenidos de un total de 1.632 denuncias de violencia psicológica contra adultos mayores [16].

En el gráfico siguiente se muestra la tendencia en estos últimos 10 años de las denuncias totales y las tasas específicas por 1.000 habitantes con tasas estables en estos años.

Gráfico 1. Número de denuncias y tasas de Violencia Intrafamiliar. Chile, 2007-2016.



Fuente: Anuario de Estadísticas Policiales. Carabineros de Chile e INE

En cuanto a los adultos mayores igualmente registran tasas estables de alrededor de 1 por 1.000 personas de 65 y más años de edad.

PERSPECTIVAS Y CONCLUSIONES

La importancia que podrían tener las consideraciones anteriores serán muy variables por múltiples factores cuya formulación y operacionalización están en curso, todos ellos cubriendo aproximaciones no solo biológicas sino también valóricas. A manera de ejemplos, podría proyectarse en el tiempo venidero con cierta objetividad la estructura demográfica de la población y estimar la relación que podrá existir entre los grupos económicamente activos respecto de otros pasivos por su escasa o su mucha edad, pero todavía no hay suficiente acuerdo respecto de temas como el derecho al aborto ni de la situación legal y patrimonial de las parejas homosexuales estables.

Por otra parte habría que considerar los inevitables cambios en los actores que envejecen, tales como parejas estables sin matrimonio, las uniones heterosexuales breves

con sucesivos hijos que acoger, y las uniones estables unisexuales que esperan trato social similar o igual que los matrimonios convencionales e incluso la adopción de hijos.

También habría que tener en cuenta eventuales cambios en los parámetros convencionales: uno, el surgimiento de una 4° nueva etapa vital luego de la actualmente conocida como adulto mayor, referida a la población senescente (probablemente entre 60-80 años), que tal vez preliminarmente debe ser analizada como hasta ahora ha sido la tercera de AM; dos, la creación de programas educativos formales para la población activa mayor de 60 años (60-80 años), y tres, el desarrollo de lugares de acogida tanto públicos como privados para personas mayores solas, según su autonomía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lolas Stepke F. Reseña de "De Senectute" de Marco Tulio Cicerón. Acta Bioethica. 2001; 7 (1): 184-186.
2. Hareven T. La última etapa: la adultez y la vejez histórica. En Erikson E. La adultez. México: Fondo de Cultura Económica; 1981. 294-318.
3. Anderson N. Sociología de la comunidad urbana. México: Fondo de Cultura Económica; 1965.
4. Álvarez S. Orientación médica hacia los problemas de la vejez. En Viesca Treviño C. Estudios sobre la etnobotánica y antropología médica III. México: Instituto Mexicano para el Estudio de las Plantas Medicinales; 1978. 133-144.
5. Rosenblueth I. Envejecimiento, salud y enfermedad: patrones diferenciales. Nueva antropología. 1985; 28: 51-73.
6. Lomnitz L. Redes sociales y estructura urbana en América Latina. En León-Portilla M. Motivos de la antropología americanista: indagaciones en la diferencia. México: Fondo de Cultura Económica; 2001. 167-198.
7. Rojas G, Reyes G. La vejez, un desafío en Salud Mental. Revista de psiquiatría. 1992; 9: 1124-1128.
8. Silva J, Jerez J, Hidalgo R. El envejecimiento normal y su cambio psicológico y psicosocial. En Medina E, Flores A. Imágenes en Salud Mental. Santiago de Chile: Sociedad Chilena de Salud Mental; 1999. 23-27.
9. Desjarlais R, Eisemberg L, Good B, Kleinman A. Ancianos. En Salud mental en el mundo. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1997. 329-362.
10. WHO (2016). http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/Annex_B/en/
11. Insituto Nacional de Estadísticas (INE). Anuario de Estadísticas Vitales 2015. Chile: INE; 2015.
12. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Chile: estimaciones y proyecciones de población por sexo y edad. País urbano-rural 1990-2020. Chile: INE; 2004.
13. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Chile: proyecciones y estimaciones de población. Total País 1950-2050. Chile: Serie de la Publicación (CEPAL): OI N° 208.
14. INE, MINSAL. Anuarios de Estadísticas Vitales. Santiago de Chile: INE, MINSAL; 2011-2015.
15. Pontificia Universidad Católica de Chile y Caja Los Andes. Chile y sus mayores. 10 años de la Encuesta Calidad de Vida en la Vejez. Santiago de Chile: UC y Caja Los Andes; 2017.
16. Carabineros de Chile, INE. Informes anuales. Santiago de Chile: INE; 2007-2016.

[1] Nacido en 1930 en Washington D.C. Filósofo licenciado por la Universidad de Yale y doctorado por la Universidad de Harvard, ha sido investigador del Instituto de Estudios Políticos de la primera y profesor de la Escuela de Medicina de la segunda (se lo ha llegado a calificar amistosamente como el decano de la bioética). Entre sus numerosas publicaciones está Setting Limits. Medical Goals in an Aging Society (1987), traducido al

español como Poner Límites. Los fines de la medicina en una sociedad que envejece (1995), obra a la que el Dr. Lolas se refiere.

[2] (Alemania, 1902- Massachusetts, USA, 1994. Psicoanalista estadounidense de origen alemán. Entre sus diferentes contribuciones está una Teoría del Desarrollo de la Personalidad a la que denominó "Teoría Psicosocial", en la que describe 8 etapas del ciclo vital a las que habrán de enfrentarse las personas.

[3] Adelantándonos al desarrollo de este capítulo, viene al caso incorporar en esta secuencia a la población > 80 años, así como la demanda por mayor acceso a programas educativos de los > de 60 años.

VIDA AFECTIVA Y SEXUAL EN EL ADULTO MAYOR ALGUNAS REFLEXIONES

Javier Ravinet

RESUMEN

Este capítulo intenta dar elementos teóricos básicos para una discusión sobre el tema de la sexualidad en el adulto mayor. Desde una perspectiva psicoanalítica y tomando autores como Freud, Klein, Erikson y Kernberg entre otros, pero también rescatando el aporte de investigaciones empíricas basadas en metodología cualitativa o de expresiones artísticas, se propone un marco básico para esta reflexión. A partir de los conceptos de sexualidad, ciclo vital, duelo y lo normal y lo patológico, se pretende que el lector tenga herramientas para pensar sobre un área de la vida humana omnipresente, pero simultáneamente oculta y negada, especialmente en la infancia y en la vejez.

INTRODUCCIÓN

El presente capítulo trata de invitar a una reflexión de un área de la vida que siempre ha sido muy difícil de abordar, desde sus inicios y obviamente hasta sus finales: la sexualidad. Entendida profundamente reviste una de las mayores complejidades, porque no solo se juega en la genitalidad y sus consecuencias, si no en sus postergaciones, desviaciones y privaciones. Pero también en sus modificaciones y transformaciones que van ocurriendo simultánea y recíprocamente con las biológicas y sociales.

Los tiempos actuales, inciertos y turbulentos, quizás más que otros en la historia de la humanidad, hacen que sea muy difícil sistematizar y pretender afirmar a ciencia cierta, qué es lo que ocurre con la sexualidad en la adultez mayor. Las nuevas tecnologías, el cambio en el rol de la mujer, las mayores expectativas de vida, el desconocimiento frente al envejecimiento, hacen que la incertidumbre propia de los cambios se incremente.

Por lo mismo, este texto solo trata de presentar algunos fundamentos, que permitan al lector ir reflexionando sobre las preguntas que tímidamente se están empezando a formular respecto a esta área tan importante en la vida del ser humano. Evidentemente el tema de la salud física atraviesa toda esta reflexión y depende de un buen cuidado y control de otras falencias y sus incidencias, pero la idea es que si eso no está predominantemente interferido por otras patologías, se pueda pensar en torno a esto.

Inicialmente se presentara el modelo de sexualidad propio del pensamiento de S. Freud, que a mi parecer permite una visión mucho más abarcativa y comprensiva de las manifestaciones de la sexualidad; luego y muy brevemente se recordará la idea de E. Erikson de la adultez mayor como una etapa normal en el ciclo vital del humano, con sus tareas generales y particulares. Posteriormente se presentara un modelo de comprensión de los conflictos humanos inspirados en el pensamiento de M. Klein, quien asigna a los duelos y su elaboración, la máxima importancia en la posibilidad de ir enfrentando lo novedoso con una actitud realista pero a la vez saludable del proceso de crecimiento.

Posteriormente se revisaran muy brevemente las tareas individuales y sociales que se esperan para esta etapa del ciclo vital, con la idea de tratar de incorporar también las implicancias y consecuencias de estas no solo en las relaciones sexuales, sino también de pareja y en la amistad. Se le dedicará un apartado a las posibles patologías que pueden surgir en estas instancias, con especial énfasis en las nefastas consecuencias que tiene el uso de la negación. Finalmente se intentara resaltar cuales serían según el autor, las características propias de una sexualidad en el adulto mayor donde predomine lo amoroso y que permita al lector, sus propias reflexiones y el desarrollo de un modelo propio, que se enriquezca de lo planteado en este artículo.

EL CONCEPTO DE SEXUALIDAD

Uno de los mayores aportes de Sigmund Freud a la comprensión del ser humano (los otros a mi parecer, son la sistematización del funcionamiento del inconsciente y la presencia permanente de la destructividad) es la idea de la existencia de pulsiones sexuales que están desde nuestros orígenes y nos acompañan hasta nuestro final.

Esta sexualidad rápidamente es separada de su expresión a través de la genitalidad [1] y pensada como una fuerza que permanentemente busca manifestarse a través de distintas vías, en distintos objetos y con distintas formas que pueden ser más o menos conflictivas con la propia persona y el entorno. Por lo mismo un modelo así de sexualidad nos puede ser muy útil para pensar que ocurre con su expresión, cuando ya la finalidad no es la preservación de la especie, pero que permanece pujando o presionando por canalizarse de alguna manera.

Otro de los aportes que también realiza Freud en el mismo texto es la idea de plantear la existencia de distintas zonas erógenas en el cuerpo, las que tendrían la particularidad de ser privilegiadas en términos de permitir una mayor gratificación de la pulsión sexual. Estas zonas pueden permanecer activas y si bien debería quedar subrogadas en su

preponderancia bajo el predominio de lo genital (gracias al refuerzo de los llamados diques psíquicos), lo más probable es que permitan vías sustitutivas de expresión que puedan incluso ser tanto o más placenteras que la genitalidad misma.

Por último y también en ese mismo texto [1] se plantea la idea de una bisexualidad originaria, que bien integrada y gracias al aporte de autores posteriores a Freud, puede llevar al desarrollo de una capacidad empática con el otro y donde incluso lo que predomine sea el deseo de vincularse profundamente y en una relación de intimidad más que a una descarga inmediata y evacuativa. El conflicto fundamental entonces y como lo describe en textos posteriores [2, 3] no solamente se da al nivel de la expresión de la sexualidad, si no como opera otra fuerza igual de poderosa que tiende más hacia la desvinculación, el desafecto y la retirada del interés por el mundo los demás y el sí mismo.

El cómo se permita la expresión de esta sexualidad en un momento donde la reproducción no es el fin último y donde a su vez se está tan cerca de la posibilidad de la muerte, depende también de factores como los que se describen a continuación.

LA ADULTEZ MAYOR COMO ETAPA DEL CICLO VITAL

Si bien no es el objetivo de este texto detenerse en conceptos tan enriquecedores como los planteados por Erik Erikson [4] es necesario recordar la idea que para poder enfrentar bien la crisis planteada por cada etapa, resulta fundamental haber elaborado de manera exitosa los conflictos de las etapas anteriores. Por lo mismo si nos encontramos en la etapa final de la vida, lo no trabajado, pensado o que tuvo una defectuosa tramitación en crisis normativas anteriores, se vuelve más conflictivo y dificulta aún más lo que se tendría que poder hacer en la adultez mayor.

Acá las polaridades se pueden inclinar por la generatividad o por la trascendencia, pero evidentemente también se ponen de manifiesto temas como el logro de la intimidad, la autonomía y también otros factores, como las modificaciones ambientales (partida de los hijos, viudez, separaciones, disminución de la carga laboral). Además ocurren toda una serie de cambios anatómicos, muy bien descritas en los textos [5, 6 y 7] que solo la capacidad de incorporarlos y aceptarlos, pueden permitir el ir llevando la situación total que le plantea a cada ser humano el envejecimiento. Por lo mismo se vuelve muy importante la forma mediante la cual los individuos enfrentan los duelos.

Habría en las personas, más allá de la presencia concreta de hijos o descendencia, la sensación de haber dejado frutos, de haberse podio constituir como un sujeto que fue capaz de vivir a través sobre todo del amor y del trabajo y que construyó vínculos no solo de pareja, sino que también con su entorno y sus orígenes. Que es capaz de estar solo, pero que también busca activamente relacionarse con otros.

Pero también es muy importante entender, que probablemente y en lo que a la sexualidad se refiere, el adulto mayor se encuentra en una situación más parecida a un

púber o un adolescente temprano, con todas las dificultades que eso implica pero simultáneamente con todas las oportunidades y capacidades de expresión propias de esas etapas. Lo que no hay es la energía de la juventud, lo que sí está presente es la experiencia y la capacidad de acudir a ella.

LA CAPACIDAD DE ELABORAR LOS DUELOS

Melanie Klein [8, 9] siguiendo las ideas de S. Freud, propone una mirada particular al desarrollo del ser humano y sobre todo al crecimiento mental: este sería consecuencia de una buena capacidad de elaborar las pérdidas que van ocurriendo a lo largo de la vida. Es más, la vida sería un permanente trabajo de desprendimiento de ilusiones omnipotentes infantiles y la aceptación de una realidad que resulta inevitable.

Para ello existirían dos formas complementarias pero claramente con distintas consecuencias y resultados para enfrentar la realidad psíquica y la externa. En una se pondría todo lo malo (o lo bueno) afuera, se verían solo parcialidades y se negaría y evadiría el dolor psíquico. Además se presionaría al otro a que se haga cargo de aquellos aspectos intolerables para uno mismo. Esta forma llamada esquizo-paranoide, produciría una suerte de alivio a corto plazo, pero tendría consecuencias nefastas en su uso (y abuso) pues produce un empobrecimiento de la persona y no permite aprender de las experiencias [10].

La otra manera sería la aceptación de que las situaciones son complejas, que no todo es bueno o malo, que cada uno tiene una responsabilidad en lo que le ocurre y que hay situaciones de la vida que no se pueden evadir, controlar o modificar omnipotentemente, este es un camino más largo y doloroso, pero que también permite la reparación. A esta manera Klein la llamó depresiva y es la que permite elaborar genuinamente los duelos y contribuye al crecimiento psíquico, particularmente a través de la posibilidad de reparar los daños perpetrados a los otros y a uno mismo.

La adultez mayor sería desde esta perspectiva también (como lo vimos a propósito del ciclo vital) un momento en que se reviven todos los conflictos pasados y que por lo tanto depende mucho del cómo se hayan ido resolviendo los mismos, una mejor o peor manera de vivir esta etapa. Pero además se juega mucho más, porque sí ocurren duelos reales y significativos, y es en la capacidad de tolerarlos y elaborarlos donde reside la posibilidad del bienestar. A saber algunos duelos: el cuerpo y su salud, la fertilidad, la belleza (o su concepción narcisística de la misma), la juventud, la potencia, la viudez o la separación, la posibilidad de necesitar ayuda o cuidados, la cercanía de la muerte o el final de la vida, etc.

Debido a lo anterior se pueden ver en expresiones en la sexualidad del adulto donde opere una manera patológica de enfrentar estos duelos y no se pueda lograr llevar la integración de lo que se está viviendo sin deprimirse o negarlo, como lo veremos más adelante. Valga hacer la aclaración de que a pesar de lo que dice su nombre el funcionamiento propuesto por Klein como depresivo no sería el que estaría detrás de la

depresión como enfermedad clínica, esta última seria causada más bien por un predominio de mecanismos propios de lo esquizo-paranoide.

RELACIÓN DE PAREJA Y AMISTAD

Más allá de si esta es homo u heterosexual es indudable que la vida del ser humano es más plena si se encuentra en pareja, de hecho muchos de los indicadores de riesgo tanto de enfermedad física como psíquica y de suicidio aumentan si la persona se encuentra sola. El problema es que la capacidad de establecer un buen vínculo que permita una relación de intimidad profunda, estable y recíproca es algo que siguiendo el modelo de Erikson, se jugó mucho antes y que por lo tanto implica la elaboración de conflictos propios del inicio de la adultez.

Por lo mismo se esperaría que los adultos mayores hubieran experimentado lo que algunos autores [11, 12] han llamado amor maduro, el que tendría características particulares que sirven de base para poder lograr una buena sexualidad llegada la vejez. Solo por mencionar algunas: tendría un énfasis mayor en el cuidado e intercambio con el otro, más que el rendimiento importaría la calidad del vínculo, no existirían grandes inhibiciones, se querría al otro por lo que es y no por lo que se espera de él, no provocaría sentimientos de autoexigencia. Y por sobre todas las cosas tendría un predominio de lo amoroso, por lo mismo sería respetuoso y agradecido.

Todo lo anterior se aplicaría a las amistades y otro tipo de relaciones, donde no importaría tanto la cantidad de amigos que se tiene o la duración de estas relaciones, sino más bien la disposición a encontrar nuevos lazos acorde a las condiciones y necesidades que las circunstancias impongan. En este sentido se reafirma la idea de que la sexualidad no tiene que ver con la expresión genital, es sobre todas las cosas el resultado de un impulso primario a reunirse y vincularse con otro u otros.

POSIBLES PATOLOGÍAS DE LA SEXUALIDAD EN EL ADULTO MAYOR

Si tomamos los puntos más arriba explicados, nos es posible ir esbozando distintas formas mediante las cuales la sexualidad no podría expresarse de una manera adecuada, y sobre todo placentera, coherente con el momento particular que se está viviendo. No es el objetivo de este artículo hacer una revisión exhaustiva, ni mucho menos proponer un sistema de clasificación distinto a los más usados [13, 14]. En estos hay apartados que hablan de las principales disfunciones sexuales que pueden llegar a presentarse en los adultos y por consiguiente en los adultos mayores.

Si a eso le sumamos todos los cambios corporales, además de las consecuencias de enfermedades, intervenciones quirúrgicas, accidentes, uso de fármacos para tratar otras patologías y sus efectos secundarios, evidentemente resulta difícil precisar cuáles serían

los trastornos de la sexualidad propios de la adultez mayor. Además es importante consignar y tener muy presente, la influencia del ambiente en la expresión de la sexualidad (cambios de domicilio, presencia o no de los hijos, reglas de las casas de cuidado, etc).

Por último y no menos significativo, es la preexistencia de una psicopatología individual, y el cómo es asumida por el sujeto (porque no se eximen ni las neurosis ni los trastornos de personalidad [15]), lo que inevitablemente tiene consecuencias para el funcionamiento de la persona en general, y la sexualidad en particular. Aun así me gustaría poner un especial énfasis en aquel mecanismo que me parece pudiera ser el más perjudicial (por no decir patológico) en la expresión de la sexualidad en esta etapa de la vida: la negación.

Por negación me refiero a un mecanismo propio del funcionamiento esquizo-paranoide, y que por intentar evitar un aparente conflicto mayor, evita confrontarse con la realidad, tanto material como psíquica (desde lo que ocurre en el cuerpo, hasta lo que pasa consigo mismo). Además con consecuencias que resultan tremendamente empobrecedoras y engañadoras. Sería un equivalente a hacer como que "aquí no pasa nada", cuando si nos tomamos en serio los postulados de Freud y lo vemos en el día a día de nuestra experiencia, sí están pasando muchas cosas.

Siguiendo esta línea es que propongo dos grandes posibilidades de un uso dañino de la negación, las que no son excluyentes entre sí, y por las cuales se puede perjudicar la expresión de la sexualidad: la negación de que la sexualidad en el adulto mayor es diferente a la sexualidad en otros momentos de la vida (lo que resulta bastante obvio) y la negación misma de la sexualidad [16].

Como negación de la diferencia de la sexualidad en adulto mayor respecto a la adultez, están todas aquellas manifestaciones destinadas a ocultar el paso del tiempo, lamentablemente aquí entramos en un territorio muy fino que cada lector podrá elaborar a su manera, incluso es el mal uso de beneficios del avance tecnológico, por ejemplo: el uso indiscriminado del viagra u otros fármacos (e incluso drogas) estimulantes del rendimiento sexual; las múltiples cirugías o intervenciones de carácter estético que intentan "hacer ver más joven"; la elección de parejas francamente menores, en detrimento de algunas de la propia edad, que podrían aportar una complementariedad mucho mayor; la decepción porque los tiempos o rendimientos e incluso las vías de alcanzar el placer no son similares a antaño; la negación de que determinadas conductas pueden acarrear consecuencias (por ejemplo enfermedades de transmisión sexual).

La otra negación puede llegar a ser tanto o más perjudicial que la primera, es la negación de la sexualidad en sí misma. Y es más peligrosa porque está presente desde el comienzo de la vida, y se traduce en que, por ejemplo, las observaciones propuestas por Freud hace más de un siglo todavía sean resistidas (incluso por algunos posibles lectores de este artículo). Y sus efectos se tornan más complejos, porque no solo afectan al sujeto que niega, sino también a su entorno (hijos, cuidadores, tratantes, terapeutas, etc).

El riesgo fundamental reside en que lo que puede ocultar, es un desinterés más profundo en la vida misma. Acá se encuentra la resistencia más importante a hablar de este tema, a preguntarlo, a aceptarlo, a cuestionárselo, pero también en negarse una posibilidad de reparar vivencias que pudieron ser profundamente traumáticas o insatisfactorias a lo largo de la vida. Puede ser fuente de grandes conflictos y frustraciones intergeneracionales ("como se va volver a casar" "debería estar preocupado/a de los nietos", etc.). Pero también puede complementarse con el primer tipo de negación y por lo tanto ponerse al servicio de conductas que pueden resultar dañinas para la salud física y emocional de la persona.

La forma en que cada persona asuma su sexualidad es completamente individual y va a estar multideterminada, lo que no se puede obviar y mucho menos coludirse con evadir hablar de este tema e invitar a que la persona reflexione en torno a esto, no hacerlo es contribuir a la psicopatología.

HACIA UN MODELO DE SEXUALIDAD EN EL ADULTO MAYOR

Curiosamente, se incluye este apartado una vez revisada una idea de psicopatología, porque como planteo en la introducción, este capítulo es una invitación a la reflexión más que la presentación de datos o un modelo concluyente de cómo debería ser la sexualidad en la adultez mayor. Por lo mismo y teniendo los conceptos más arriba enunciados podría cada uno de los lectores ir construyendo su propia idea (y ojalá irla contrastando con sus pacientes). Además de obviamente contribuir con su propia experiencia o forma de concebir el envejecimiento y la sexualidad.

Pero aun así propongo algunas características, tanto conductuales como emocionales que probablemente se presentarían en una sexualidad placentera y sana en un adulto mayor. En primer lugar se me ocurre que sería mucho menos exhibicionista y parafernálica, si bien ambos componentes son propios de la sexualidad humana y acá hasta el mismo Freud en el primer texto citado, nos advierte de lo mismo, probablemente la necesidad de expresarlo o de que ese sea un motor principal de la sexualidad no es tan importante como en otros momentos de la vida.

Quisiera también pensar que está menos regida por la urgencia y que tiene un mayor espacio para expresarse al ritmo que se encuentre. Lo anterior pensando que ya no se trabaja al mismo ritmo que durante la adultez, y que no tiene la demanda de la atención de los hijos. O sea no existiría una exigencia (tanto interna como social) de rendimiento, ni de demostrar nada y se contaría (en el mejor de los casos) con el tiempo y el espacio para que se exprese lo que se tenga que expresar.

Directamente relacionado con lo anterior pienso que sería menos inhibida, los diques psíquicos estarían en franca retirada, se habrían elaborado los duelos por la pérdida de los ideales corporales. Se habría desarrollado una capacidad de establecer vínculos confiables y profundos, donde los factores superficiales no serían tan importantes, se confiaría además en que existiría una relación que permitiría "fallas". La meta del coito

genital no sería lo más importante, mayor peso tendría el contacto, la presencia, el diálogo, la compañía. Se re descubrirían zonas olvidadas donde se encontrarían otro tipo de satisfacciones, el orgasmo no sería la meta, el coito genital heterosexual tampoco.

Incluso se permitirían satisfacciones anteriormente vedadas, la homosexualidad (sobre todo y en estos tiempos más prohibida intrapsíquica que socialmente), que podría responder a factores demográficos, pues durante un buen tiempo más es en esta etapa del ciclo vital, donde va a haber una mayor desigualdad entre el número de hombres versus el de mujeres, también sería una posibilidad. Se aceptarían necesidades primarias, como la necesidad de protección o de compañía.

Es más, hasta una eventual renuncia a la gratificación sexual, entendida como expresiones erógenas de la misma, podría ser una salida saludable, lo importante es que hubiera existido una reflexión individual que haga que esta sea una salida voluntaria, que integre factores inconscientes y experienciales y por sobre todo que no implique una renuncia a la vida y los vínculos con otros [17].

ALGUNAS REFLEXIONES FINALES

El presente capítulo no ha pretendido ni por mucho ser ni una revisión exhaustiva, ni una reflexión definitiva de cómo serían las manifestaciones de la sexualidad en la adultez mayor, tal y como se planteó en la introducción. Solo se pretendió entregar algunos fundamentos teóricos para la reflexión individual y ojalá el dialogo sobre el tema.

A modo de reforzar lo precario que resulta plantear una mirada excluyente desde el psicoanálisis o cualquier disciplina en torno a esto, pienso en el arte y sus distintas expresiones como fuentes permanentes de inspiración, películas como: Amour (M. Haneke), El Regalo, La Once (M. Alberdi) Alguien tiene que ceder. Libros como: *La vejez* (S. de Beauvoir) *Nada que temer* (J. Barnes) *El año del pensamiento mágico* (J. Didion) *Arenas Movedizas* (H. Mankell) *El último encuentro* (S. Marai) *El amor en los tiempos del cólera* (G. García Márquez) *Animal moribundo* (P. Roth). Y muchos otros más.

Lo importante es que se pueda conversar, discutir e invitar a pensar a los adultos mayores y sobre todo a los profesionales que trabajamos en la salud física y mental, sobre la sexualidad, las pérdidas y ganancias que se pueden obtener en esta etapa de la vida. Y en los casos donde esto sea problemático, derivar a las instancias correspondientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Freud S. Tres ensayos sobre la teoría sexual. En Obras Completas. Volumen 7. Buenos Aires: Amorrortu Ediciones; 1905.

2. Freud S. Introducción al Narcicismo. En Obras Completas. Volumen 14. Buenos Aires: Amorrortu Ediciones; 1914.
3. Freud S. El yo y el ello. En Obras Completas. Volumen 19. Buenos Aires: Amorrortu Ediciones; 1923.
4. Erikson E. El ciclo vital completado. Buenos Aires: Paidós; 1985.
5. Herrera A. Sextualidad en la vejez: ¿mito o realidad? Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2003; 68 (2): 150-162.
6. Orozco I, Rodríguez D. Prejuicios y actitudes hacia la sexualidad en la vejez. Psicología y Ciencia Social. 2006; 8 (1): 3.10.
7. Llanes C. La sexualidad en el adulto mayor. Revista Cubana de Enfermería. 2013; 29 (3): 223-232.
8. Klein M. Sobre la teoría de la ansiedad y al culta. En Obras Completas. Volumen 3. Buenos Aires: Paidós; 1948.
9. Klein M. Sobre el sentimiento de soledad. En Obras Completas. Volumen 3. Buenos Aires: Paidós; 1963.
10. Bion W. Aprendiendo de la experiencia. Buenos Aires: Paidós; 1962.
11. Kernberg O. Relaciones amorosas. Normalidad y patología. Buenos Aires: Paidós; 1995.
12. Capponi R. El amor después del amor. El camino al amor sexual estable. Santiago de Chile: Grijalbo; 2003.
13. American Psychiatric Associaton. DSM V. Washington, London: American Psychiatric Publishin; 2013.
14. Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Madrid: Meditor; 2000.
15. Kernberg O. Trastornos graves de la personalidad: estrategias psicoterapéuticas. Ciudad de México: Manual Moderno; 1987.
16. Rozitchner E. La vejez no pensada. Clinica y teoría psicoanalítica. Buenos Aires: Psicolibro Ediciones; 2012.
17. Kancyper L. Amistad una hermandad elegida. Estodio psicoanalítico. Buenos Aires: Lumen; 2014.

LA ENTREVISTA CLÍNICA EN PSICOGERIATRÍA

Luis Fernando Agüera Ortiz
Jorge López Álvarez

RESUMEN

La entrevista clínica es la herramienta fundamental en Psicogeriatría. Su adecuada realización optimiza el proceso diagnóstico y orienta hacia una terapéutica individualizada más eficaz y más segura. La entrevista en Psicogeriatría presenta características diferenciales con la entrevista del paciente adulto, debiendo incluir información aportada por familiares u otros informantes. Requiere conocer y analizar las características ambientales, psicológicas y biológicas propias de la edad avanzada. Para facilitar la comprensión biopsicosocial del proceso que está afectando a la persona anciana, se recomienda elaborar la entrevista sobre siete ejes psicogeriátricos (psicopatología y diagnóstico psiquiátrico; estado cognitivo; personalidad; estado de salud; acontecimientos vitales; grado de autonomía y dependencia; estructura y dinámica familiar y social).

INTRODUCCIÓN

La entrevista clínica es el eje de la práctica psicogeriátrica, siendo esencial en el diagnóstico, en el establecimiento de la relación médico-paciente y en la orientación del tratamiento, pudiendo tener un efecto terapéutico por sí misma.

La necesidad de contar con la máxima información disponible entra en colusión con el tiempo disponible para la recogida de datos, sobre todo si hay una dependencia de otros factores, como pueden ser el alto ritmo de trabajo de una Unidad de Hospitalización Breve, la Interconsulta Hospitalaria, o la alta presión asistencial en los Servicios de Urgencias. En el paciente anciano tienden a ser más habituales las enfermedades crónicas, la polifarmacia y la presencia de una biografía más amplia, con una mayor exposición a factores psíquicos o sociales patógenos, por lo que su evaluación debe ser

exhaustiva y completa. Además, se carece de pistas inequívocas que permitan un atajo en las entrevistas y orienten hacia una minimización del tiempo necesario para evaluar los ejes psicogeriátricos.

FASES DE LA ENTREVISTA

FASES PREVIAS

Toda consulta clínica suele conllevar una expectativa con respecto a su desarrollo y resultado. La situación ideal de entrevista se da cuando el "paciente identificado" demanda el tratamiento, y llega por su propia voluntad. Sin embargo, la petición de atención puede no originarse en el paciente. Con frecuencia el anciano no ha sido avisado de la cita e incluso puede ser conducido a la misma en contra de su voluntad. Las situaciones donde el paciente anciano no acude voluntariamente son las más difíciles de manejar ante la expectativa del mismo de recibir una atención obligatoria y contraria a su sistema creencial y a su voluntad. En todas las primeras entrevistas, pero fundamentalmente cuando el paciente se opone a la atención psicogeriátrica, sería conveniente el conocimiento previo de la situación por parte de los profesionales, para planificar la estrategia ante la entrevista. Es recomendable que el profesional no llame al paciente desde la distancia o a través de un micrófono ubicado en otra sala, sino que se acerque al anciano, lo llame por su nombre, y observe aspectos importantes como la reacción del mismo y de sus acompañantes al llegar su turno, su facilidad o dificultad para levantarse y deambular, su marcha, si recibe ayuda, o si la ayuda recibida es excesiva para las necesidades del anciano.

FASES INICIALES

Dada la importancia de la exploración de las dinámicas familiares genuinas, se debe procurar una mínima directividad en los primeros compases de la entrevista, permitiendo que sea la propia familia la que retrate su funcionamiento, decidiendo quién entra en consulta y cómo se disponen en el *box*. Las diferencias de opinión, la actitud pasiva o activa del anciano, y la inclusión del mismo en la toma de decisiones nos aporta una información valiosa que podría ser negada, evitada o minimizada en la comunicación verbal. La principal excepción a la mínima directividad es el intento de la familia de realizar parte de la entrevista sin el anciano, que debe generalmente recibir una negativa por respuesta para salvaguardar el establecimiento de un vínculo adecuado médico-paciente. El protagonismo debe recaer sobre el paciente, por lo cual este debe situarse en frente del profesional y ser reubicado en esa posición en caso contrario, salvo que por déficits sensoriales graves sea recomendable otra disposición del profesional para favorecer el contacto visual y auditivo. En el caso de pacientes encamados, se recomienda que el profesional se sitúe a la misma altura.

El profesional debe presentarse dando los suficientes datos para favorecer la posterior exploración cognitiva informal, pero evitando aportar datos que artefacten la posterior evaluación de la orientación alopsíquica, y los resultados de la exploración cognitiva formal. Tras la presentación del anciano se recomienda la identificación de todos los acompañantes incluyendo los cuidadores profesionales.

Las primeras preguntas deben ir dirigidas al paciente, aunque presente un proceso neurodegenerativo muy avanzado. Puede ser necesaria la reconducción de los acompañantes para facilitar las respuestas del paciente ante situaciones en las cuales los acompañantes se muestren invasivos y no permitan que la persona anciana se exprese, o bien cuando el anciano les cede continuamente la palabra. Se debe insistir en que el protagonista de la entrevista es el anciano y por eso mismo es fundamental obtener un relato en primera persona de lo que le está ocurriendo. Más adelante se deben dirigir preguntas a los acompañantes, recomendándose insistir en el aporte de información por parte de los familiares, amigos o cuidadores profesionales que tienen un mayor contacto con el paciente. También se recomienda iniciar la entrevista con preguntas abiertas, para obtener una narrativa lo menos condicionada posible del proceso y las expectativas de tratamiento tanto del anciano como de sus acompañantes. La adecuación del abordaje inicial del profesional a las narrativas del paciente y sus acompañantes, sin cuestionamiento, constituye una buena práctica al favorecer el vínculo terapéutico, por mucho que pueda estar alejado del foco real del proceso. Así, puede ser necesario explorar los síntomas físicos que relata un paciente antes de pasar a explorar sus vínculos con el sufrimiento psíquico, para posteriormente poder establecer un diagnóstico diferente al que inicialmente podrían esperar el paciente o su familia.

FASES INTERMEDIAS

Dada la duración finita de la primera entrevista, es imposible la recopilación de todos los datos de interés, por lo que es conveniente establecer un juicio clínico presuntivo desde los primeros compases para poder focalizarse en la exploración en mayor profundidad de los ejes psicogeriátricos aparentemente implicados. La priorización de uno o varios ejes no debe excluir una mínima exploración del resto de ejes. También se recomienda dar relevancia a la exploración de los aspectos más relacionados con la seguridad del enfermo, y dado que en este grupo de edad son más frecuentes la fragilidad y la enfermedad, es inexcusable la realización de una anamnesis que incluya los antecedentes médicos personales, los medicamentos que consume el anciano y la funcionalidad. En un contexto de Urgencias es donde es más perentoria una correcta anamnesis médica y la exploración de los tratamientos aplicados.

Se debe añadir que el diagnóstico presuntivo debe ser cuestionado y ser probado antes de ser aceptado como un diagnóstico definitivo, cuestionamiento que solo puede tener lugar en presencia de una exploración completa de los ejes psicogeriátricos, aunque sea necesario postergar el establecimiento de ese diagnóstico definitivo.

En las fases intermedias de la primera entrevista es necesaria la recopilación de información más concreta y menos equívoca, por lo que se deben emplear preguntas más cerradas y dirigidas.

La duración y el grado de profundización de la entrevista estarán condicionados por el deterioro cognitivo, el grado de dependencia y los estados motor, psiquiátrico y físico, incluyendo los cuadros dolorosos.

Cuando se considera que los acompañantes han aportado la suficiente información y se ha respondido a sus preguntas, es inexcusable la realización de una entrevista a solas con el paciente. Esa situación permite fortalecer el vínculo terapéutico, explorar mejor la personalidad del paciente, la capacidad de valerse de forma independiente, la red de relaciones del individuo y su proyecto vital, así como detectar cambios que suceden entre la situación de estar a solas con el profesional o estar acompañado (que si son muy marcados deben hacer sospechar un problema relacional). También puede emerger información que ha sido soslayada en presencia de sus acompañantes. Mostrar curiosidad acerca del motivo de la ocultación de esa información, permite obtener más datos de la dinámica relacional. Dada la mayor proximidad a la muerte, debe indagarse sobre los pensamientos acerca de la misma, los deseos, las expectativas y la angustia que genera, siendo obligatorio valorar el riesgo autolítico debido al mayor riesgo de suicidio en este grupo. La entrevista a solas no tiene una duración determinada, dependiendo ese tiempo de la información que se considere importante obtener de ese encuentro confidencial.

La entrevista individual debe terminar permitiendo al anciano hacer las preguntas que desee, para posteriormente realizar una reformulación de lo tratado en la entrevista, establecer las indicaciones y recomendaciones terapéuticas.

FASES FINALES

Aunque no es una regla general, suele ser aconsejable terminar la entrevista reuniendo a todos los acompañantes que entraron en el despacho en primer término. Se debe hacer una devolución a la familia si eso es procedente, incluyendo si es necesario indicaciones y recomendaciones que deben cumplir los acompañantes. Las últimas palabras se deben dirigir al paciente, y suele ser una buena práctica realizar un acercamiento físico al mismo, por ejemplo acompañándolo a la puerta, posándole una mano en el hombro o estrechando su mano.

ASPECTOS TÉCNICOS DE LA ENTREVISTA PSICOGERIÁTRICA

DIFERENCIA DE EDAD

Un aspecto diferencial fundamental con respecto a la entrevista con adultos, es que este encuentro se realiza siempre con personas de mayor edad y probablemente con mayor

rango experiencial que el profesional. El profesional no se ha enfrentado a ninguno de los periodos de ciclo vital que corresponden a la vejez, por lo que carece de un conocimiento vivencial de los hitos característicos de cada uno de esos periodos. No puede plantear consejos basados en su experiencia o emplear un aprendizaje por modelado con los ancianos, y además la información escrita acerca de cómo debe comportarse y sentir una persona de edad avanzada tampoco suele haber sido redactada por ancianos. Es decir, la idea que los profesionales tienen de la ancianidad es solo teórica, y muchas veces negativa, influenciada por el rol periférico que se les otorga en la sociedad occidental a las personas mayores, y por corrientes psicoterapéuticas que plantean la rigidez e imposibilidad de cambio de los ancianos. Lejos de ser una penosa época de pérdidas, algunas personas mayores encuentran una mayor satisfacción, estabilidad emocional y autorrealización a estas edades que en otras épocas de su vida. Por ello es adecuado que la exploración contenga preguntas referentes a aspectos positivos y fortalezas psíquicas, y no solo preguntas con respecto a situaciones de déficit.

TRATAMIENTO RESPETUOSO

El idioma español posee normas claras para la comunicación formal, siendo preceptivo el empleo del usted, e incluso el empleo de los términos señor/a o don/doña. Se desaconseja el término abuelo/a salvo que el paciente lo sea, siempre y cuando sea un rol dignificante explicitado por el propio paciente. Es recomendable que ante un paciente anciano de distinta cultura, si desconocemos sus costumbres, se muestre un interés acerca de determinados aspectos de dicha cultura, entre los que se encuentran los modos de trato formal, las expectativas en cuanto al trato recibido por el profesional, así como las formas habituales y las expectativas con respecto al proceso de envejecimiento y enfermedad. Esto ayuda a superar los malentendidos transculturales.

Ante un anciano que tutee al entrevistador se debe preguntar a sus acompañantes si es su forma habitual de comunicación, y analizar la transferencia y contratransferencia. El tuteo puede ser la forma incipiente de manifestarse de un deterioro frontal, un estilo episódico si hay clínica maniforme, un modo de expresar desavenencias o transferencias negativas, un intento de reafirmación de la identidad frente a la persona o la figura del profesional, una señal de una idealización del terapeuta, o una simple manera de acercamiento.

DISTANCIA TERAPÉUTICA

Las distintas escuelas psicoterapéuticas no coinciden acerca de cuál es la distancia terapéutica correcta, bien sea la neutralidad terapéutica, el posicionamiento con el paciente, un patrón alternante de alianzas para conseguir cambios en el sistema, u otras. También existen marcadas diferencias transculturales entre los países anglosajones y latinos entre lo que se considera adecuado o excesivamente cercano o distante. Es recomendable que el profesional analice sus propios posicionamientos doctrinales con

respecto a la distancia terapéutica, explore las diferencias que puedan existir ante un paciente transcultural y que pueda metacomunicar con el paciente cual es la distancia con la que ambos pueden sentirse más cómodos, pero siempre atendiendo al paradigma de que la relación médico-paciente debe ser asimétrica, existiendo un experto en la materia cuya objetivo es ayudar al paciente desde una posición lo más objetiva posible.

La vulneración de la distancia establecida por parte del paciente o sus acompañantes es una posibilidad real, lo cual puede ser peligroso para el mantenimiento del vínculo y la consecución del cambio terapéutico, como una oportunidad para abordar las posibles resistencias al cambio y el patrón interaccional probablemente repetitivo que violenta la relación.

La necesidad de una adecuada distancia relacional no está reñida ni con la proximidad afectiva con pacientes angustiados o deprimidos, ni con el contacto físico reconfortante que puede establecerse con los pacientes con la clínica ya referida, o con aquellos con déficits sensoriales o procesos neurodegenerativos.

DIFICULTADES EN LA COMUNICACIÓN

Una pregunta inicial obligatoria es acerca de la capacidad auditiva. Se debe solicitar al paciente que emplee un audífono en consulta si así lo requiere, así como recomendar su prescripción si no tiene prótesis pero la necesita. Ante un paciente con audición limitada se recomienda hablar al paciente a la cara sin taparse la boca; intentando evitar los tonos agudos, los ambientes ruidosos o el incremento de volumen; remarcando las claves visuales como el movimiento de los labios o los gestos faciales; empleando otros medios de comunicación como la escritura, los dibujos o los gestos manuales; enfatizando los cambios de tema; y solicitando al paciente que repita lo hablado para verificar que lo ha comprendido. Es buena opción sentarse más cerca del paciente y por el lado que escucha mejor. Es habitual el empleo de la tríada: Incremento de volumen, habla extremadamente pausada y “baby talking” (hablar a la persona mayor como si fuera un niño), basada en estereotipos, pudiendo ser vivido de forma denigrante por las personas de edad avanzada. El “baby talking” está injustificado, mientras que se recomienda plantear al paciente si requiere mayor volumen u otro ritmo de conversación.

También es importante preguntar acerca de los problemas visuales, aunque la comunicación no esté tan dificultosa como en presencia de hipoacusia severa. Se debe recomendar el empleo de gafas cuando sea necesario, y la evaluación de la visión siempre que se sospechen problemas visuales. Así, las gafas pueden estar mal graduadas porque nadie ha pensado en revisar su agudeza visual en años. La evaluación cognitiva informal y la exploración neuropsicológica pueden estar artefactadas por un déficit visual, por lo que debemos contemplar ese déficit al realizar esas exploraciones.

Los pacientes con deterioro cognitivo requieren una dicción clara por parte del profesional, empleando frases sencillas, no subordinadas y priorizando el empleo de preguntas de respuesta dicotómica (¿Disfruta de esa actividad o no disfruta? ¿Le apetece

comer o no?). También se pueden remarcar los gestos faciales, sonreír al paciente o incrementar el contacto físico.

PARTICULARIDADES DE LA ENTREVISTA EN DISTINTOS *SETTINGS*

ENTREVISTA DOMICILIARIA

Pese a su menor factibilidad real, la entrevista domiciliaria parece el *setting* más apropiado para las personas de edad avanzada que requieren una evaluación psiquiátrica. Sin embargo, cuando esta evaluación no es aceptada por el paciente y se realiza a instancias de la familia o de las instituciones, por ejemplo ante una orden judicial, la vulneración de la intimidad de la persona puede dificultar el establecimiento de un vínculo apropiado.

La visita debe ser anunciada convenientemente al paciente. Se recomienda la presencia de alguna persona significativa para el paciente, como un familiar o vecino, para complementar la información y para intentar disminuir el sentimiento de intrusión. La entrevista ha de tener lugar en un sitio tranquilo y confortable, sin olvidarse de la necesidad de dedicar un tiempo a solas al paciente. Se debe planificar el material clínico y de oficina que se debe llevar a la entrevista, incluyendo recetas médicas o algunos medicamentos que puedan ser necesarios dispensar en el domicilio.

La visita domiciliaria nos aporta datos que no se pueden obtener en la consulta del médico o psicólogo. La visualización del contenido del hogar y el estado de conservación de los muebles y pertenencias es claramente más informativa del grado de afectación del paciente, sus condiciones de vida, su funcionalidad y la posibilidad de negligencia en su cuidado que la entrevista en consulta. Las palabras pueden negar o minimizar una realidad, pero la realidad queda al descubierto mediante la visualización directa. La observación directa de la realización de tareas en el hogar es más fiable que la cumplimentación de distintos test de funcionalidad. Si el paciente lleva tiempo sin salir del domicilio, no se debe asumir que se hayan diagnosticado y tratado correctamente sus problemas físicos, lo que obliga a poner un mayor énfasis en la anamnesis médica y la exploración física.

Además, la visita a domicilio puede incluir la obtención de datos de personas del vecindario, si bien la búsqueda de información está limitada por la confidencialidad y el derecho al secreto médico. Nadie que no desee el paciente debería enterarse de que este es valorado por un equipo de Salud Mental, si bien en ocasiones es inevitable, por ejemplo, ante el despliegue de medios que puede tener lugar ante una intervención por orden judicial.

INTERCONSULTA HOSPITALARIA

Tiene lugar habitualmente como consecuencia de los antecedentes psiquiátricos o las conductas que presenta un anciano ingresado por una causa orgánica, si bien esa causa podría no estar en relación con la clínica referida y ser esta debida a razones caracteriales, relacionales o a procesos reactivos, siendo muy frecuentes los trastornos adaptativos o las consultas sin patología.

Con frecuencia en este *setting* a los pacientes y familiares no se les informa de la petición de interconsulta por lo que el terapeuta debe explicar claramente la función de la visita médica para evitar la estigmatización y el rechazo a la intervención.

La estancia hospitalaria facilita la obtención de datos médicos y farmacológicos, pero existe mayor dificultad para obtener información personal y relacional de los pacientes, y suele existir una exigencia de una intervención rápida ante la probabilidad de un alta cercana. Preferentemente en las interconsultas solicitadas desde los servicios quirúrgicos puede haber causas secundarias ocultas (p.e. hiponatremias) que solo serán desveladas si se procede a realizar una anamnesis completa, una exploración física y las pruebas complementarias sugeridas por la sospecha clínica, ya que se conoce que en las historias clínicas de los servicios quirúrgicos se suele recoger una menor cantidad de información [1]. También es frecuente que el médico derivante de cualquier especialidad haya detectado un síntoma psiquiátrico y a pesar de ser consciente de su importancia no lo haya registrado por escrito [2]. Además, en casi todos los servicios, con la habitual excepción de Geriatría, es frecuente la iatrogenia farmacológica por exceso o por defecto (síndrome de discontinuación y síndromes abstinenciales). Es necesario recabar información del médico derivante y estudiar con detenimiento la historia clínica, los comentarios de enfermería y las hojas de tratamiento, pero no conformarse con esa información. Se debe, ante la sospecha de una organicidad no contemplada, explorarla. Hay que recordar que suele saber más un psiquiatra de lo que no es un trastorno psiquiátrico primario que otros médicos de todas las posibles causas orgánicas ocultas. Una regla no escrita de la Psicogeriatría es la necesidad de presentar una "doble verificación": la constatación de que no existe una causa orgánica y la constatación de que el cuadro cumple criterios de un trastorno psiquiátrico.

Por último, no hay que olvidar que la entrevista con familiares y cuidadores puede ser necesaria, sea de forma presencial o por vía telefónica o telemática.

UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN BREVE

Si una persona de edad avanzada debe ser ingresada a cargo de Psiquiatría, lo recomendable es que el ingreso se realice en unidades psicogeriátricas hospitalarias, preferentemente en centros con acceso regular y de urgencia a médicos internistas o geriatras. Sin embargo, lo habitual es su ingreso en unidad de hospitalización breve de adultos, bien sea en hospitales generales, o en hospitales psiquiátricos. Las condiciones de entrevista son diferentes en función del *setting* de hospitalización, siendo habitual en las unidades de adultos la menor dedicación de tiempo al anciano en detrimento de pacientes de otras edades con alteraciones de conducta, y un menor número de

entrevistas antes de la elección del tratamiento o el alta, tomándose decisiones importantes para el anciano con menor cantidad y calidad de información. En cualquier unidad de hospitalización psiquiátrica hay que atenerse al principio de que los ancianos son más complejos en lo "bio", en lo "psico" y en lo social, y por ello las decisiones precipitadas incrementan el riesgo de iatrogenia.

RESIDENCIAS DE ANCIANOS

En este contexto la carga de enfermedad aguda y el riesgo vital es inferior a lo habitual en un contexto hospitalario, no existiendo tanta presión de descarga a otro nivel asistencial, salvo en presencia de situaciones, psiquiátricas o no, que cursan con alteraciones de conducta. El anciano suele residir allí y encontrarse en una situación estable, pudiendo tener tiempo para explorar sus angustias, su personalidad y su forma de relacionarse. Conviene recopilar información de distintos miembros del *staff*, orientando a un trastorno psiquiátrico, primario o secundario, la presencia de narrativas similares y a un conflicto relacional o un trastorno de personalidad las disonancias en los relatos de los profesionales.

SERVICIOS DE URGENCIAS

Sin duda es el peor contexto de evaluación. Hay gravedad sintomática que motivó el traslado a urgencias, acceso limitado a pruebas complementarias, necesidad de inmediatez, interrupciones constantes y escasa confidencialidad, así como un tiempo de entrevista variable, pero en general escaso en función de la demanda asistencial. La atención mejora en hospitales donde hay una unidad diferenciada de psiquiatría de urgencias, con personal de enfermería estable, y con formación en Salud Mental. Lo "urgente" es resolver el episodio agudo, pero lo "importante" es que en caso de necesitar una continuidad asistencial una entrevista precipitada y poco cuidadosa puede perjudicar para siempre la vinculación con los dispositivos de Salud Mental. Un consejo práctico es dividir la exploración diagnóstica en cuatro focos: orgánico, farmacológico, psiquiátrico y caracterial/relacional. Los dos primeros presentan un mayor riesgo vital si no se diagnostican correctamente y a tiempo, siendo inexcusable la ausencia de una exploración detallada de ambos focos. La iatrogenia es frecuente en ancianos con pluripatología y polifarmacia, y se ha encontrado que 1/5 de los ancianos atendidos en urgencias psiquiátricas tenían un proceso médico desconocido que producía o exacerbaba la clínica psiquiátrica [3]. Es decir, no se debe caer en el error de asumir que todo proceso médico en el anciano está diagnosticado o convenientemente tratado. El empleo de tiempo previo a la entrevista para revisar los informes previos suele ser útil en términos de rentabilidad diagnóstica y facilita la exploración guiada en momentos de alta carga asistencial [4]. Si bien es el foco menos acuciante en este contexto, siempre debe haber una exploración del foco caracterológico/relacional.

LOS EJES DE LA ENTREVISTA

Es recomendable estructurar la entrevista en ejes, para facilitar la exploración y la comprensión del proceso biopsicosocial de enfermedad que afecta al paciente. Los ejes son los siguientes:

1. Psicopatología y diagnóstico psiquiátrico
2. Estado cognitivo
3. Personalidad
4. Estado de salud
5. Acontecimientos vitales
6. Grado de autonomía y dependencia
7. Estructura y dinámica familiar y social

EJE 1. PSICOPATOLOGÍA

ANAMNESIS

La correcta anamnesis y exploración de las funciones mentales pueden precisar varias entrevistas, sin que sea necesario atenerse a un esquema único e inflexible de recogida de datos. Al igual que en cualquier otra anamnesis médica, es necesario responder a todas y cada una de las preguntas clásicas: ¿qué le pasa?, ¿cómo le pasa?, ¿desde cuándo le pasa?, ¿dónde le pasa?, ¿que incrementa los síntomas y qué los amortigua o los hace desaparecer?, ¿a qué lo atribuye?, así como establecer un cronograma de los síntomas. Se recomienda incluir siempre otra pregunta: ¿con quién le pasa?

Es preciso explorar la relación del proceso con los factores estresantes específicos de estas etapas del ciclo vital. También se debe distinguir entre los cambios inherentes al envejecimiento, los procesos adaptativos ante situaciones de crisis y los procesos psicopatológicos. Ni todo lo encontrado es un trastorno psiquiátrico, ni todo es explicable por la edad. Procesos con un desencadenante ambiental claro pueden cumplir criterios de un trastorno psiquiátrico y requerir un abordaje como tal. Se recomienda valorar la aparición o cambio de los síntomas en periodos cortos, de no más de seis meses, ya que los trastornos psiquiátricos progresan más rápidamente que el mero efecto de la edad. Además, hay que indagar los signos físicos, especialmente los vegetativos. En demencias avanzadas o en trastornos psiquiátricos graves pueden aparecer solamente signos físicos y cambios de comportamiento.

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

La exploración de los hechos pasados debe abarcar toda la vida. Lo ocurrido en la infancia y la adolescencia, épocas críticas en lo referente a la creación de vínculos y al desarrollo de la personalidad, condiciona de forma indefinida la vida intrapsíquica, los modos de relacionarse, la patoplastia y las reacciones ante el envejecer y el enfermar propios. Se deben explorar los posibles abusos y negligencias sufridos, fundamentalmente en la infancia. Se deben analizar los éxitos y fracasos, y los problemas de adaptación a cada etapa del ciclo vital. También es preciso obtener datos concernientes al trabajo y a su relación personal con el mismo, así como datos de actividades extralaborales, incluyendo actividades religiosas, deportivas, familiares y sociales.

Los antecedentes familiares deben incluir las enfermedades mentales y físicas padecidas, las edades de aparición y deceso, y cómo vivenció el anciano esos procesos. Alcanzar la edad en la que murieron sus familiares puede disparar el temor a la enfermedad, el dolor, la discapacidad y la muerte. Es habitual el temor a presentar, él también, una demencia o una dolencia cardiaca fatal, especialmente si algún familiar significativo la padeció. También hay casos de demencias de origen genético que solo se sospechan al cotejar antecedentes familiares y su edad de aparición.

EXAMEN PSICOPATOLÓGICO

La exploración psicopatológica puede estar dificultada por varios factores: deterioro cognitivo, atipicidad clínica, apatía, presencia de cuadros oligosintomáticos, ausencia de conductas disruptivas y minimización o racionalización del estado del anciano por él mismo o por sus acompañantes. La sintomatología "deficitaria" es más difícil de explorar, requiriendo aproximaciones indirectas como la solicitud del relato de sus actividades en un día cualquiera, o la comparación entre el pasado y el presente de acontecimientos con "carga emocional" para el sujeto, por ejemplo cambios en como vivencia una visita de sus nietos o como se comporta ante un "trascendental" evento deportivo.

El empleo de escalas psiquiátricas no es preceptivo pero puede ayudar al diagnóstico. No hay que cometer el error de usar escalas no validadas en población geriátrica o de emplear en ancianos sin demencia escalas solo validadas en población demenciada. Se recomienda tener formación y experiencia en el empleo de esas escalas y un uso razonado y crítico, para no equivocarse en las dimensiones que se quieren valorar. Así, hay escalas de depresión que valoran realmente más la apatía o síntomas que son más compatibles con las comorbilidades médicas que presenta el paciente que con un estado depresivo.

EJE 2. ESTADO COGNITIVO

La evaluación cognitiva debe hacerse siempre. Comprende una parte informal, durante la entrevista, y una parte formal, mediante la aplicación de test neuropsicológicos. La exploración neuropsicológica será abordada en otro capítulo específico de esta obra.

Es fundamental explicar al paciente y a sus acompañantes que durante la entrevista se va a explorar la función cognitiva debido a la relevancia de los síntomas cognitivos en los trastornos psiquiátricos, y a la elevada frecuencia de trastornos neurocognitivos incluso no sospechados en las personas de edad. Se puede anticipar que algunas preguntas les podrán parecer demasiado sencillas, pero son importantes. Hay que indagar la presencia de quejas cognitivas referidas por el paciente o los acompañantes, así como la repercusión funcional de las mismas. La negación de quejas referidas por sus acompañantes exige valorar una posible anosognosia, que es muy frecuente en la demencia.

La evaluación informal incluye preguntas sobre el nombre del profesional, fecha, noticias recientes o los pasos de una receta de cocina. El conocimiento de los medicamentos y dosis que toma ayuda a evaluar también adherencia y seguridad. Un anciano con una cognición levemente deteriorada puede no fallar en descripciones de actividades en las que es especialista, pero tener fallos en otras tareas. Un anciano que falla en su campo de especialización tendrá un cuadro más avanzado, sea este neurodegenerativo o psiquiátrico. Un fallo habitual de los profesionales es limitar la evaluación informal a aspectos mnésicos. Se deberían explorar también atención (“le diré una serie de letras, levante la mano cuando diga A”), concentración, lenguaje oral (“léame esto”) y escrito (“escríbame algo que considere importante”), praxias (realización de posturas con o sin imitación, dibujos en tres dimensiones o series), gnosias (identificación de objetos con ojos abiertos y cerrados), pensamiento abstracto (interpretación de refranes), función ejecutiva y función frontal.

La anamnesis de la función cognitiva debe incluir: inicio de los síntomas, síntomas cognitivos iniciales y actuales, actividades que ha dejado de hacer, actividades que intenta realizar sin estar ya capacitado, ritmo de progresión, carácter fluctuante o progresivo, factores relacionados con empeoramientos y la repercusión funcional, así como los síntomas neurológicos acompañantes [5].

También es adecuado explorar, aunque sea informalmente, la reserva cognitiva. Pacientes con gran reserva cognitiva pueden presentar quejas mnésicas que no se manifiesten en la evaluación cognitiva formal o informal y que no presenten repercusión funcional, pero ser formas iniciales de un trastorno neurocognitivo. Esos casos suelen acompañarse de sintomatología psiquiátrica, habitualmente en presencia de apatía.

Sin duda la exploración cognitiva informal es imprecisa y se ve artefactada por la presencia de los propios trastornos psiquiátricos, determinados tipos de personalidad, ambientes hipoestimulantes o por la interferencia de posibles beneficios secundarios, pero su realización favorece la elección ulterior de test neuropsicológicos en función de la sospecha clínica.

EJE 3. PERSONALIDAD

La exploración de la personalidad requiere más tiempo que otros ejes y posiblemente sea el eje que es menos rentable explorar en los *setting* de interconsulta y urgencias. Se recomienda animar al paciente a hacer un relato de su vida, pudiendo hacer hincapié en que refiera sus éxitos y fracasos si la información que aporta de entrada es exigua. El empleo de objetos con carga simbólica, cartas, música o fotos favorece el recuerdo de su historia [6]. Es importante valorar su adaptabilidad a los cambios normativos o no normativos en su devenir, para intuir nuevas dificultades ante los cambios de ciclo vital y poder abordarlas terapéuticamente. Parece de utilidad el concepto de "cambio tranquilo", que comprende que la persona espere, acepte y se prepare para los cambios que son inevitables, y que en el caso de las personas de edad avanzada tienen que ver con las muertes de otros, la enfermedad, discapacidad, pérdida de autonomía y cercanía de la muerte propias y la necesidad de cuidar y/o ser cuidado.

La exploración de la personalidad suele precisar de la información de otros informantes, debiendo prestar especial atención a los cambios de la personalidad previa ante la posibilidad de que existan procesos neurodegenerativos incipientes o trastornos orgánicos de personalidad.

PERSONAS DIFÍCILES

Algunos ancianos pueden ser "personas difíciles" [7] en cuanto al trato, causando problemas en su entorno familiar, residencial y médico.

Hay personas hostiles, a veces en el contexto de una disforia depresiva mal sobrellevada, que manifiestan provocaciones e insultos, con los que hay que evitar tanto el entrar en escalada simétrica como el colocarles la etiqueta de "psicopáticos" negándoles la posibilidad de explorar un trasfondo psicopatológico potencialmente tratable o dándoles el alta.

Algunas personas presentan el llamado síndrome de deslizamiento, rechazando los cuidados propios y ajenos, mostrándose regresivos y negándose a la ingesta de alimentos y fármacos, lo que compromete su salud física. Hay que contemplar aspectos contratransferenciales para evitar la actuación desde el posible enfado originado por la impotencia porque "no se deja ayudar". Se recomienda emplear contactos breves, limitar nuestras expectativas, no realizar confrontaciones y emplear técnicas de entrevista motivacional.

Otros ancianos demandan constantemente atención de familiares, cuidadores profesionales o sanitarios, pudiendo mostrarse tiránicos o sádicos o empleando chantajes emocionales, en un patrón cíclico que termina generando problemas intensos en la relación y un gran riesgo de *burnout* en los cuidadores. Se deben explorar la personalidad y las relaciones previas, indagando la posibilidad de la existencia de

factores mantenedores sistémicos, y la presencia y repercusiones de puestas de límites previas.

Hay ancianos que presentan un síndrome de inundación ansiosa [8], con síntomas ansioso-depresivos graves, habitualmente con una caracteropatía previa, que desarrollan una marcada regresión, postrándose, abandonando cualquier actividad, quejándose y reclamando continuamente la atención de su cuidador o atención médica, llegando a una dependencia casi absoluta de la persona con la cual conviven y mostrándose precontemplativos para un cambio que les competa a ellos. Son cuadros complicados por la urgencia que transmite el cuidador y por la escasa colaboración del paciente. Se deben explorar las posibles ganancias de cada miembro de la diada, el grado de convencimiento del cuidador con respecto a la volitividad del cuadro que presenta el paciente y la posibilidad de un "doble cerramiento" sistémico: el enfermo está "cómodo" en el rol y el cuidador acepta la narrativa del paciente, sin riesgo de ruptura relacional. Cuando el sistema "se articula en torno al síntoma" el abordaje debe ser sistémico. Cuando no lo hace, el trabajo de reminiscencia recordando al paciente situaciones previas de funcionamiento adecuado e independiente puede ser suficiente.

EJE 4. ESTADO DE SALUD

La recopilación de la historia médica incluye la revisión de informes previos, así como la realización de una extensa anamnesis actualizada en cuanto a enfermedades, tratamientos y consumo de tóxicos. Puede ocurrir que sea el psiquiatra el primero que sospeche una organicidad (¿crisis de ansiedad o fibrilación auricular?, ¿insomnio o EPOC?, ¿empeoramiento psiquiátrico o cuadro confusional?), por lo que ante una sospecha clínica deben realizarse las interconsultas y las pruebas complementarias que sean necesarias. La psicogeriatría comparte su campo de actuación con geriatría y neurología, y por ello es necesario explorar síndromes geriátricos como fragilidad, caídas, inmovilismo, incontinencia, deshidratación, desnutrición, estreñimiento, déficit sensoriales, úlceras por presión y polifarmacia; así como conocer y explorar las múltiples imbricaciones entre lo psiquiátrico y la neurología del sistema nervioso central, preguntando acerca de traumatismos craneales, ictus, lesiones cerebrales ocupantes de espacio, mareos, vértigos, sensación de inestabilidad, focalidad motora o sensitiva, cefaleas, temblor, trastornos del movimiento y trastornos de la marcha.

Con respecto al empleo de medicamentos se deben contemplar los posibles efectos psiquiátricos de otros fármacos, haciendo hincapié en los medicamentos de uso neurológico, o los efectos atribuidos a los psicofármacos. Hay aparentes intolerancias que se deben a dosis iniciales excesivas o titulaciones rápidas de dosis, y pseudorresistencias al tratamiento que se deben al empleo de dosis infraterapéuticas, a tiempos cortos de tratamiento o al consumo concomitante de tóxicos, sobre todo alcohol y opiáceos legales.

Es fundamental tener recogidas las constantes vitales y reevaluarlas cada cierto tiempo. También se recomienda en lo posible la realización de una exploración física y de un examen neurológico, incluyendo exploración de pares craneales, temblor, marcha, discinesias y parkinsonismo.

EJE 5. ACONTECIMIENTOS VITALES

En las personas de edad avanzada existen factores estresantes específicos y de elevado riesgo de precipitar patología psiquiátrica o agravarla. A continuación se comentan los más relevantes.

ENFERMEDAD FÍSICA

Hay una correlación directa entre la presencia de patología psíquica y el número de enfermedades y gravedad de las mismas, fundamentalmente cuando cursan con dolor incoercible e inmovilidad, así como cuando son percibidas como de riesgo vital, aunque no lo sean. La adaptación a la enfermedad puede ser exitosa, generar un trastorno adaptativo o provocar trastornos de ansiedad o depresión que pueden cronificarse. Puede aparecer sintomatología postraumática ante enfermedades, ingresos hospitalarios u operaciones quirúrgicas, sobre todo ante una vivencia subjetiva angustiosa y amenazante.

ENFERMEDAD DEL CÓNYUGE

Con la edad suelen reducirse las redes familiares y sociales. En los ancianos con escasas relaciones fuera del hogar y con mayor dependencia emocional o física de sus cónyuges habrá una mayor vulnerabilidad ante un riesgo médico real o percibido en sus parejas.

DÉFICITS SENSORIALES

Los órganos sensoriales permiten la relación. Sus déficits incrementan el riesgo de padecer trastornos psiquiátricos, incluso psicosis, en mayor medida si no ha habido una adaptación adecuada al déficit. El empleo de prótesis adecuadas minimiza el riesgo psíquico.

MUERTES Y DUELOS

Las pérdidas de personas cercanas acontecen en la vejez con mayor frecuencia. Se debe explorar su significado personal y la distancia temporal. La adaptación a la pérdida suele ser más difícil cuando se producen muertes de generaciones posteriores, como las de

hijos y nietos, siendo este uno de los factores estresantes más difíciles de superar. En ancianos esas pérdidas coinciden con los cambios psicológicos para adaptarse a la idea de la muerte, pudiendo quebrarse el sentido de la vida y emerger sentimientos intensos de culpa.

Las personas de edad avanzada pueden presentar ansiedad ante su propia muerte. Eso no debe confundirse con la familiaridad con la que muchos ancianos hablan de la muerte, como si la desearan, fenómeno adaptativo que prepara el deceso, el cual se vive con aceptación o resignación, sin generar angustia. Dada la prevalencia del suicidio consumado en este grupo etario, la exploración del riesgo suicida debe hacerse siempre. La mayoría de las personas se van adaptando durante años a la realidad de una muerte cada vez más próxima, pero en otras personas no hay una aceptación de la realidad, produciéndose fenómenos de negación y evitación, si bien esas defensas psíquicas tienen un recorrido finito, dado que el ciclo vital se impone. La ansiedad ante la muerte es menos probable si existe un sentido de propósito y aún presenta tareas que cumplir.

JUBILACIÓN

Si bien en muchas ocasiones es motivo de júbilo, como su propio nombre indica, existen personas para las que la jubilación es un estresor importante. También puede ser fuente de tensiones la jubilación de un miembro de la pareja que ocupó siempre una posición periférica y ahora se plantea un acercamiento físico o relacional que su pareja o hijos no desean. Las jubilaciones pueden conllevar un sinfín de pérdidas, algunas muy dolorosas: desestructuración de horarios, pérdida económica, de relaciones y de estatus entre otras.

Habría dos tipologías fundamentales de personas en riesgo: Un grupo estaría formado por personas donde el trabajo ha sido la base de las vivencias de éxito y reconocimiento, existiendo fallas en la capacidad narcisista de roles distintos al laboral. El otro grupo lo forman personas que sustentan una escasa autoestima con el refuerzo del rol laboral, que suelen tener trabajos con escasas incertidumbres, un desarrollo muy empobrecido de otros roles y una gran dependencia de su pareja. En ambos grupos, bien por exceso o por defecto, la narcisización es defectuosa y se sustenta en un pilar de duración limitada. Dada la alta frecuencia de ambos grupos, es importante la exploración del significado del trabajo para el anciano y la presencia de otras fuentes de actividad, relaciones y desarrollo de otros roles.

INSTITUCIONALIZACIÓN

Conlleva la salida del hogar habitual donde se ha vivido muchos años, abandonando las estancias, los muebles y los objetos con los que uno está familiarizado. Origina cambio de horarios y de normas de vida, y supone una pérdida en cuanto a la intimidad y el desarrollo del libre albedrío. Son muchos e importantes cambios, muchas veces no deseados, y es frecuente que no se haya explicado al anciano convenientemente como va

a ser su nueva vida, lo que genera unas expectativas que pueden estar desajustadas por exceso o por defecto. Se ha visto que la ansiedad previa a la institucionalización se asocia con un mayor riesgo de tentativas suicidas [9].

ASPECTOS ECONÓMICOS

Con la jubilación se pierde la capacidad de afrontar dificultades económicas imprevistas, dado que los ingresos los fija un tercero (estado o un fondo de pensiones privado). A veces el temor económico es subjetivo y no está relacionado con la disponibilidad económica real. Se deben valorar tanto la realidad financiera objetiva como los temores subjetivos. Con la crisis económica en algunos países el anciano con frecuencia ha pasado a ser el sostén económico de sus hijos y nietos. No es inusual el retorno de algún hijo, acompañado tal vez de los respectivos nietos, al hogar familiar. Esto produce un cambio en el ciclo vital normativo y es fuente constante de sufrimiento y discusiones. Las alusiones alarmistas con respecto a las pensiones, empleadas como arma electoral, pueden suponer un impacto psíquico considerable en algunos ancianos, apareciendo temores, rumiaciones o incluso delirios de ruina. Sin embargo, muchos ancianos se adaptan adecuadamente a las restricciones económicas ajustando a la baja sus condiciones de vida una vez llegada la jubilación.

VIOLENCIA POR PARTE DE DESCONOCIDOS

Los robos y agresiones son más temidos en los ancianos y pueden generar una mayor repercusión si esos actos violentos llegan a ocurrir. Hay una fragilidad física percibida, con una sensación de amenaza y un temor real de muerte, propio de las angustias fundamentales de pérdida de control y muerte. Otras veces esos temores son la expresión de una agorafobia.

PROBLEMAS FAMILIARES

Con la edad los lazos personales tienden a ser menos numerosos, pero más intensos. Los problemas que acontezcan a miembros de la familia pueden ser vividos como auténticas amenazas, incluso mostrando una mayor afectación que sus familiares implicados, por ejemplo ante el divorcio de un hijo o la enfermedad de un nieto, pudiendo ser la vivencia subjetiva del hecho más grave que el divorcio o la enfermedad en sí mismos. El fin de la relación matrimonial de un hijo puede conllevar un mayor contacto con hijo y nietos, incluso el retorno al hogar familiar, originando problemas económicos, dificultades de espacio, pérdida de intimidad y cambios en las costumbres recientes, cuando no producen discusiones con respecto a cómo se debe llevar un hogar o la crianza de los menores. Otras veces la separación conlleva una reducción o la desaparición del contacto con sus nietos.

PROBLEMAS EN RELACIÓN A LA VIVIENDA

Los domicilios de los ancianos suelen permanecer estables durante mucho tiempo, produciéndose fenómenos de identificación con su casa como si fuera una extensión de su propio yo. Pequeñas reparaciones pueden ser vividas como una alteración inaceptable y de ahí los frecuentes rechazos aparentemente irracionales a su acometida. Cuanto mayor sea el grado de identificación con el hogar más difícil será adaptarse a su abandono.

En algunas sociedades existe la figura del "abuelo maleta", que pasa temporadas más o menos cortas en el domicilio de algunos hijos, teniendo que abandonar el hogar por la imposibilidad o el miedo a que viva solo. De ser posible sería preferible que fueran los hijos los que acudieran a temporadas a vivir con el anciano, para no privarle de sus pertenencias, recuerdos, redes informales de apoyo como vecinos o tenderos de la zona, o incluso de sus médicos. Hay ancianos en los que se pierde la continuidad asistencial porque los hijos viven lo suficiente lejos como para ser necesario un cambio de médicos. Esos ancianos tendrán que acostumbrarse a medios aparentemente familiares pero que le son extraños en cuanto a recuerdos, pertenencias, normas, rituales y costumbres, para tener que volver a cambiar de medio al cabo de poco tiempo. También puede revestir importancia la casa donde creció, "la del pueblo", apareciendo dificultades para volver a ella, así como preocupaciones acerca de su deterioro o ruina, pudiendo llegar a alcanzar el grado de convicciones delirantes.

GRADO DE DEPENDENCIA

La dependencia es un factor de riesgo de enfermedad mental, tanto en personas con un carácter previo independiente como con un carácter previo dependiente. Hay un mayor riesgo de conflicto interpersonal en la interacción entre un cuidador, el cual no siempre está adaptado a ese rol, y una persona de carácter dependiente, la cual puede mostrarse sumamente demandante y ser poco gratificadora. Es habitual el caso de mujeres ancianas que se han mantenido independientes viviendo solas durante muchos años, pero que al presentar enfermedades mentales o físicas y/o deterioro cognitivo van requiriendo de forma progresiva supervisión y cuidados, los cuales no son ni reconocidos ni aceptados, lo que genera un rechazo al establecimiento necesario de una ayuda informal o profesional. La aceptación de la ayuda implicaría una pérdida de identidad, de autoestima y del rol de independiente, por lo que la asunción de la ayuda necesaria se demora y puede conllevar riesgos vitales como caídas, incendios o la toma inadecuada de medicación, entre otros. Ante un riesgo manifiesto la inicial negociación de las resistencias debe dejar paso a la toma inmediata y firme de determinaciones con respecto a su cuidado, aunque la paciente se enfade y no lo quiera aceptar. La experiencia demuestra que ante los hechos consumados esas personas terminan por aceptar e incluso reconocer la necesidad de esa ayuda impuesta.

AISLAMIENTO SOCIAL

Es más frecuente en aquellas personas con una red relacional endeble y que siempre se han mostrado introvertidos o tímidos con respecto a los contactos sociales. Sin embargo, la soledad del anciano es un fenómeno característico de la sociedad occidental y puede afectar a cualquier persona. Se pueden emplear herramientas como el sociotipo geriátrico para perfilar la red de relaciones de los pacientes. Aún en ausencia de problemas al respecto, puede ser necesario un trabajo de prevención con el anciano si se estima que está en riesgo de perder a su cónyuge y quedarse aislado.

LOCUS DE CONTROL EXTERNO

La externalización de las soluciones a los problemas en las personas de edad avanzada implica un mayor grado de dependencia y, por ello, mayor psicopatología. Los pacientes con un *locus* de control externo son menos proclives a establecer cambios conductuales que favorezcan la resolución de conflictos, interpersonales o no, o de cuadros depresivos leves.

DETERIORO COGNITIVO

Incluso grados leves de deterioro dificultan tanto la funcionalidad cotidiana como el control e inhibición de las emociones y conductas. Se dificulta la modulación de los impulsos, pudiendo aparecer reacciones muy desproporcionadas, alcanzando su mayor grado en las reacciones catastróficas donde un estímulo menor desencadena una conducta auto o heterolesiva marcada. La pérdida de la inhibición conductual puede provocar la aparición o recaída en el consumo de alcohol o tóxicos, o ludopatía, así como la aparición de conductas sexuales inadecuadas, hurtos o conflictividad familiar o en el vecindario.

EJE 6. GRADO DE AUTONOMÍA Y DEPENDENCIA

La presencia de afectación orgánica, cognitiva o psiquiátrica debe complementarse con la exploración de cómo los distintos procesos están afectando a la capacidad de la persona anciana para desenvolverse de forma autónoma, dado que se ha demostrado la relación entre dependencia y enfermedad mental. Se debe explorar el desempeño en las actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria, lo cual puede hacerse mediante una exploración informal, por ejemplo pidiéndole que establezca un relato de las actividades que realiza en un día cualquiera, así como un relato de cambios que se hayan producido en su nivel de desempeño, focalizándose en actividades que antes realizaba y que ahora ha dejado de hacer o que realiza con un menor nivel de complejidad. Existen test estandarizados que permiten valorar las actividades básicas

(Índice de Katz, Índice de Barthel) y las actividades instrumentales (escala de Lawton-Brody), siendo recomendable su empleo en psicogeriatría para monitorizar los cambios en la autonomía con el tiempo. La puntuación en estas escalas no mejorará en procesos neurodegenerativos, pero si podrá mejorar, siendo una herramienta para el diagnóstico, en los trastornos psiquiátricos primarios. Allí donde la pérdida de funcionalidad se deba a una hipoestimulación (atrofia por desuso), se podrá encontrar una mejoría en la funcionalidad cuando el anciano ingresa en un centro de día o en una residencia donde se realiza una adecuada función rehabilitadora. Debe contemplarse la posibilidad de que exista una dependencia emocional que provoque una maximización de la dependencia física. Allí donde esta exista, será adecuado psicoeducar al anciano y al cuidador para no generar que la pérdida de funcionalidad evitable se convierta en irreversible.

Conviene contemplar el concepto de fragilidad. Hay ancianos que presentan una vulnerabilidad física importante, donde eventos mínimos pueden convertirse en procesos orgánicos graves que requieran hospitalización, incrementándose de forma temporal o permanente la dependencia. La detección de los ancianos frágiles permite intentar intervenciones preventivas a nivel médico y social que eviten ingresos y discapacidad.

EJE 7. ESTRUCTURA Y DINÁMICA FAMILIAR Y SOCIAL

Un sistema social equilibrado es requisito fundamental para conseguir el mejor bienestar psicosocial posible para cualquier individuo y más en la población anciana, donde es más frecuente la posibilidad de depender de otros. Es conveniente conocer aspectos estructurales como donde habita la persona y sus condiciones de vida, la composición de la familia, la presencia de cuidadores formales e informales y la red social, pero se debe explorar el contenido de esa interacción entre el ambiente y el individuo para valorar la calidad del sistema. La exploración de la estructura y la dinámica familiar y social puede realizarse de forma no reglada mediante una entrevista no estructurada, mediante el estudio reglado del sociotipo o empleando un genograma [6].

EL GENOGRAMA

El genograma consiste en tres partes:

1. El trazado de la red de relaciones de parentesco mediante la realización de un árbol genealógico, incluyendo datos relevantes biográficos como fechas de nacimiento, fechas y edades de fallecimiento, fecha de matrimonios y separaciones, profesiones, enfermedades importantes, fechas de acontecimientos traumáticos.
2. La realización de un cronograma o línea temporal, para facilitar poner en relación los hechos significativos con los síntomas.
3. La exploración de las relaciones entre las personas, para desentrañar alianzas, conflictos, miembros periféricos.

El genograma puede emplearse para ordenar las entrevistas, siendo fuente inagotable de hipótesis relacionales. Puede dar información de las pérdidas, abandonos y abusos de la primera infancia, de pautas problema que suelen seguir un patrón transgeneracional como las adicciones o el incesto, de reacciones de aniversario, secretos familiares, temor a enfermedades y muertes acaecidas a la edad del sujeto y de los patrones de relación que el anciano ha desarrollado en su vida. Puede ser completado con información adicional en cualquier momento. La experiencia de uso revela que no siempre se aplica bien en la edad geriátrica, omitiendo por ejemplo información de las generaciones de padres y abuelos del anciano, o no contemplando el papel de las instituciones o de personas no familiares, como pueden ser vecinos, amigos o cuidadores formales.

LA ENTREVISTA CON FAMILIARES O INFORMANTES

La información de terceros debe priorizar a aquellos que convivan o pasen más tiempo con el paciente, bien sean familiares, amigos, vecinos o cuidadores profesionales, sin descartar la información de familiares no convivientes, que podrán darnos datos históricos relevantes, así como informar de su personalidad o de patrones relacionales habituales. Esa información de terceros permite matizar las visiones muy estereotipadas que de sí mismos tienen muchos ancianos, centradas en el funcionamiento pasado minimizando los cambios recientes [10]. Relatos muy diferenciados entre el anciano y sus familiares deben alertar bien de posibles conflictos familiares subyacentes, bien de una negación del problema, que puede ser a su vez un mecanismo defensivo o una anosognosia, como ocurre en aquellos ancianos que minimizan su deterioro funcional y cognitivo.

En la entrevista con los cuidadores se deben revisar todos los aspectos referidos en los siete ejes diagnósticos, incidiendo en aquellos que pueden estar más teñidos por la subjetividad del anciano o por la tendencia a normalizar su estado, como pueden ser la intensidad y repercusión funcional de los síntomas psiquiátricos y cognitivos y los aspectos relacionados con su personalidad y las dinámicas relacionales.

Para una completa visión global de la persona mayor, se debe añadir una evaluación del cuidador principal, el cual puede ser también un anciano. Se debe explorar su salud física, cognitiva y mental, la voluntariedad y sus expectativas con respecto al rol del cuidador, su conocimiento de la enfermedad del paciente, el tipo de relación con el paciente y la calidad de la misma, el tipo de cuidados que realiza (emocional, tareas burocráticas, cuidados directos), su capacidad real para desempeñarse en esa tarea, la existencia de sobrecarga, el grado de ayuda por parte de terceros (otros familiares, ayuda institucional) y las expectativas con respecto al futuro del paciente.

Para terminar, las enfermedades graves, sobre todo si existe un curso progresivo o incapacitante, producen cambios en las dinámicas familiares, apareciendo roles que serán más o menos adaptativos o desadaptativos. Los más significativos son los siguientes:

Cuidador principal

Fundamentalmente son mujeres. Ese rol puede ser llevado más allá de lo razonable, renunciando a su autocuidado y mostrando un elevado riesgo de *burnout*. La elección de ese cuidador no suele ser casual. Puede haber recibido el "legado" desde la infancia de ser el cuidador de sus progenitores, o ser una persona que está dispuesta a asumir más cargas de responsabilidad que sus hermanos, pudiendo presentar sentimientos de culpa y dificultad de delegar, aunque eso sea lo más sensato. Suele haber un claro mandato de género en la elección de ese rol.

Víctima

Vive el cuidado al otro como una amenaza para sí mismo, demandando con frecuencia al profesional sanitario atención para el anciano o para sí mismo por su propio desbordamiento.

Facilitador de patología

Es el cuidador que cree saber de todo e intenta manejarse como un experto tomando decisiones con respecto a los tratamientos que administra a la persona de edad, que pueden ser erróneas, provocando falsas resistencias a los fármacos y peor seguridad de los mismos. El riesgo puede ser mayor si esa persona tiene alguna formación sanitaria.

Director

Se encarga de aspectos técnicos y materiales adecuadamente, pero no puede o evita ser el sostén emocional que requiere el anciano en los momentos difíciles.

Escapado

Es un miembro de la familia ausente en el día a día del cuidado, siendo con frecuencia disculpado y protegido por el paciente, a expensas de sobrecargar más a los cuidadores habituales. Su presencia en consulta suele ser ocasional y habitualmente aparece para criticar la labor del cuidador habitual o del profesional ante un empeoramiento o nueva eventualidad del anciano. Este comportamiento puede ser un fenómeno compensatorio de sus culpas, un comportamiento marcadamente rentista para obtener una contraprestación de su progenitor o incluso un intento de obtener un beneficio económico denunciando a los profesionales en caso de fallecimiento. En estas situaciones hay que obrar con serenidad y tacto pero reafirmando nuestra actuación, ya que el recurso a los tribunales puede ser una consecuencia de una entrevista que termine mal tras un enfrentamiento abierto con este sujeto.

Paciente identificado

Aunque el paciente sea el centro de las entrevistas, puede no ser este quien esté preocupado por la situación, ser el que realmente tenga el problema, o al menos ser el único en tenerlo. Si bien en las primeras entrevistas se puede aceptar la definición del

anciano como paciente identificado, si el problema lo porta otra persona o lo que existe es un problema relacional, el foco tiene que ir cambiándose progresivamente para abordar el problema real existente. En ocasiones ese cambio de foco puede originar una interrupción brusca de las visitas, al no ser aceptado por sus acompañantes. En algunos casos puede sospecharse la existencia de un trastorno facticio por poderes por parte de sus familiares.

CONCLUSIONES

La entrevista psicogeriátrica debe ser exhaustiva, recogiendo información de todos y cada uno de los ejes de evaluación psicogeriátricos: psicopatología y diagnóstico psiquiátrico; estado cognitivo; personalidad; estado de salud; acontecimientos vitales, grado de autonomía y dependencia; y estructura y dinámica familiar y social. Solo con una completa evaluación es posible la adecuada comprensión de la complejidad biopsicosocial de la persona anciana. La entrevista en Psicogeriatría presenta características diferenciales con la entrevista del paciente adulto que es necesario conocer, como son las diferencias en el trato y distancia emocional, problemas comunicativos, cuestiones relacionadas con el lugar donde tiene lugar la entrevista, así como la relevancia de desencadenantes específicos de la edad avanzada. De igual modo, debe siempre incluir información aportada por familiares u otros informantes. Los datos obtenidos han de ser sometidos a una valoración crítica por parte del profesional, para poder descubrir elementos no verdaderos, erróneos o ausentes, debido a la tendencia de los diversos agentes a la racionalización y a la minimización de síntomas psiquiátricos, cognitivos, físicos o de problemas relacionales. La adecuada valoración multidimensional de la persona permite el diseño de planes individualizados multimodales y la prevención de enfermedades físicas y/o mentales en esta población vulnerable.

BIBLIOGRAFÍA

1. Agüera L. Empleo de psicofármacos en el anciano en el hospital general. Psiquiatría Pública 1991; 1 (2).
2. Agüera L, Reneses B, Muñoz PE. Enfermedad mental en atención primaria. Madrid: Flash;1996.
3. Woo BK. Unrecognized medical disorders among older patients in psychiatric emergency service. Int J Geriatr Psychiatry. 201; 26 (8):877-8.
4. Agüera L. Exploración clínica en Psicogeriatría. En: Sánchez M, Agüera L, Martín M, Azpiazu P, Olivera J, Mateos R, editores. Guía esencial en Psicogeriatría. Madrid: Panamericana; 2014. 1-14.
5. Agüera L. Demencia. Una aproximación práctica. Barcelona: Masson; 1998.
6. Monfort JC, Agüera L. Anamnèse et examen de l'état mental de la personne âgée. L'entretien en Psychogériatrie. En: Clément JP, editor. Psychiatrie de la personne âgée. Paris: Flammarion; 2010. 89-111.
7. Monfort JC. The difficult elderly patient: curable hostile depression or personality disorder? Int Psychogeriatr. 1995; 7 Suppl: 95-111.
8. Agüera L, Cervilla Ballesteros J. Trastornos de ansiedad. En: Agüera L, Martín M, Cervilla J. Psiquiatría Geriátrica. Barcelona: Elsevier; 2006. 551-74.

9. Agüera L. ¿Cuál es la relación entre suicidio y depresión en el anciano? En: Calcedo Barba A, editor. La depresión en el anciano. Doce cuestiones fundamentales. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología; 1996. 179-202.
10. Salvarezza L. Psicogeriatría. Teoría y Clínica. México: Paidós; 2011.

SECCIÓN II
TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN EL ADULTO MAYOR

DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

Bernardo Barra Cañas

RESUMEN

La población de adultos mayores (AM) ha ido en aumento en los últimos años, y Chile no ha sido la excepción. Esto nos ha planteado como nación, una serie de desafíos en materia de Salud, debido a la alta presencia de patología médica y psiquiátrica que azotan a nuestros AM. Una de las patologías más prevalentes son los episodios depresivos mayores (EDM) unipolares, los cuales pueden venir precedidos por otros EDM sufridos durante la adultez temprana, o aparecer por primera vez en la edad tardía. Esta última, suele tener una presentación clínica no habitual, destacando los síntomas somáticos por sobre la expresividad emocional, y la presencia de una elevada co-morbilidad médica y polifarmacia. La presencia de un episodio depresivo mayor en los AM, provoca un deterioro funcional en múltiples áreas, por lo que es muy importante saber diagnosticarla y tratarla. Si bien, nos topamos con frecuencia con una escasez de estudios dirigidos al manejo de la depresión en los AM, se han ido extrapolando resultados de población entre 50 y 60 años, que han sido de gran utilidad, observándose que el uso de fármacos antidepresivos y ciertas psicoterapias son fundamentales para la mejoría de esta patología.

INTRODUCCIÓN

Con el pasar de los años, se han generado cambios significativos en la pirámide demográfica a nivel mundial, donde el grupo de personas mayores de 65 años ha presentado un rápido crecimiento, hecho explicado por la disminución en las tasas de natalidad y mortalidad, y el aumento de la esperanza de vida. Este fenómeno, que partió siendo exclusivo de países desarrollados tales como Japón, Italia, España, etc. ha comenzado a instalarse en países en vías de desarrollo tales como Chile, Argentina y Uruguay. Este proceso ha traído consigo múltiples cambios a nivel social, económico y

de salud, los cuales avanzan a una velocidad mayor a la que podemos dar solución. Dentro de los problemas de salud detectados en este grupo etario, se encuentra el aumento de las patologías médicas crónicas (demencias, enfermedad de Parkinson, por ejemplo), y de la patología psiquiátrica (episodios depresivos, trastornos ansiosos, psicosis, etc.), las cuales han provocado sufrimiento, deterioro funcional y un aumento en la morbimortalidad de nuestros AM. Es debido a lo mencionado anteriormente, que aparece como una necesidad de primer orden, realizar una puesta al día de la patología mental de los AM, centrándonos en esta ocasión, en la depresión del AM. En una primera parte, el énfasis irá puesto en dar a conocer la presentación clínica, la comorbilidad más frecuente, y en cómo hacer el diagnóstico correcto de esta patología, para luego dar paso su manejo farmacológico y no farmacológico.

EPIDEMIOLOGÍA

La depresión es una enfermedad frecuente, se calcula que afecta a más de 300 millones de personas y sería la principal causa mundial de discapacidad, según datos aportados por la OMS [1]. En estudios comunitarios sobre AM, se estima que la prevalencia de los trastornos depresivos varía entre 4.8% [2] y 13.7%, [3], y la prevalencia del episodio depresivo mayor varía entre 1% [2] y 5.37% [4]. Estas tasas aumentan en el episodio depresivo menor 8-16% [5] y aún más en pacientes hospitalizados donde la prevalencia del episodio depresivo mayor puede llegar al 37% [6].

FACTORES PREDISPONENTES

Entre los factores predisponentes para desarrollar un episodio depresivo en el AM destacan, el género femenino (estas diferencias de género no siempre se demuestran entre los AM, lo que sugiere que las diferencias entre géneros pueden disminuir con la edad [7][8]), el deterioro cognitivo, el deterioro funcional, la falta o pérdida de contactos sociales cercanos, el duelo, los trastornos del sueño, un historial de depresión; y las enfermedades médicas crónicas, siendo estas últimas capaces de provocar un riesgo elevado de desarrollar depresión (20-50%) [9].

FORMAS CLÍNICAS DE LA DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR

La depresión del AM, la podemos dividir en tres grupos para fines académicos:

1 Depresión mayor, es aquella que se presenta antes de los 65 años, y que vuelve a manifestarse posteriormente en el anciano, este tipo de depresión mayor es la que conocemos más comúnmente, y es definida por el DSM-V como se muestra en la Tabla 1 (criterios DSM-V).

2 Depresión Menor, es aquella que presenta síntomas depresivos, pero no logra cumplir los criterios para depresión Mayor. Este tipo de depresión se puede presentar en

pacientes adultos y adultos mayores. Es definida por el DSM-V como se muestra en la Tabla 2 (Criterios DSM-V).

3 Depresión de inicio tardío, es aquella que se presenta después de los 65 años, en general sin haber presentado depresiones previas, y que presenta características clínicas diferentes a la depresión mayor del adulto. Su clínica, muchas veces es difícil de pesquisar para quienes no están correctamente entrenados, lo que genera que sean subdiagnosticadas y por ende no tratadas. Las características de este tipo de depresión se muestran en la Tabla 3. Los síntomas más característicos presentes en este tipo depresión son: Las quejas de tipo somáticas, la presencia de co-morbilidad médica, el deterioro cognitivo, cambios conductuales (irritabilidad), y la baja expresividad en forma de tristeza (siendo más frecuente la presencia de apatía). A continuación se expone una presentación clásica de un AM que llega a la consulta a diario.

Caso clínico

"Paciente de 70 años, viudo, presenta HTA y DM II. Consulta en APS, por malestares osteomusculares, algunas fallas de memoria y algo apático. El cuidador que lo acompaña refiere que está más irritable, duerme poco en la noche y que habla solo durante el día "como si viera cosas". A esto se suma que no quiere ver a nadie, solo pasar en casa".

TABLA 1. DSM-V: Criterios diagnósticos para Depresión mayor

A. Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas, cada día por un período de 2 semanas:

1. Síntomas Centrales (≥ 1 para hacer diagnóstico)
   Ánimo Depresivo
Anhedonia o marcado pérdida del interés o placer por casi todas las actividades

2. Síntomas adicionales
   Pérdida de peso o aumento o disminución del apetito
   Insomnio o hipersomnia
   Agitación o retardo psicomotor
   Fatiga o pérdida de energía
   Sentimientos de inutilidad o excesiva o inapropiados sentimientos de culpa
   Disminución en la capacidad de concentrarse o indecisión
   Recurrentes pensamientos de muerte o ideación suicida

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo, o en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

TABLA 2. DSM-V: Criterios diagnósticos para Depresión menor

1. Deben estar presentes al menos dos, de los síntomas del trastorno depresivo mayor, pero menos de cinco.

2. El síndrome debe durar al menos dos semanas, provocar angustia o deterioro funcional y no ser un efecto directo del uso de sustancias, una afección médica o el duelo.

3. Este diagnóstico solo se puede realizar en pacientes sin antecedentes de depresión mayor, distimia, trastornos bipolares o psicóticos.

Adaptación: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5 edición

TABLA 3. Depresión mayor de inicio tardío

1. Acentuación de ls rasgos de personalidad pre-mórbidos
2. Escasa expresión de la tristeza
3. Tendencia al retraimiento o aislamiento
4. Dificultad para reconocer los síntomas depresivos
5. Deterioro cognitivo frecuentemente asociado
6. Expresión en forma de quejas somáticas
7. Mayor frecuencia de síntomas psicóticos
8. Trastornos conductuales (Ej: irritabilidad)
9. Presencia de co-morbilidad médica (Ej: accidente cerebrovascular)
10. Polifarmacia

Adaptación: Agüera L, et al. Guía de buena práctica clínica geriátrica. Sociedad de geriatría y gerontología. 2006

MODELOS DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

Como se ha mencionado previamente, la depresión del AM se puede presentar de diferentes formas según la etapa de la vida en que se presenta. En la depresión de inicio temprano cobran mayor importancia los factores genéticos, vulnerabilidad cognitiva y el estrés temprano, mientras que en la depresión de inicio tardío, cobran mayor relevancia los temas psico-sociales, el deterioro cognitivo, la polifarmacia, la pluripatología médica y la disminución de la "reserva funcional cerebral". Estas diferencias se resumen en la Tabla 4.

TABLA 4. Diferencias entre Depresión de inicio temprano y de inicio tardío

DEPRESIÓN DE INICIO TEMPRANO	DEPRESIÓN DE INICIO TARDÍO
Vulnerabilidad temprana	Cambios psicosociales
Aspectos genéticos	Co-morbilidad médica
Estrés temprano (trauma, negligencia)	Polifarmacia
Vulnerabilidad cognitiva	Disminución de la "reserva funcional cerebal": depresión vascular.
Estrés ambiental (agudo/crónico; interno/externo)	

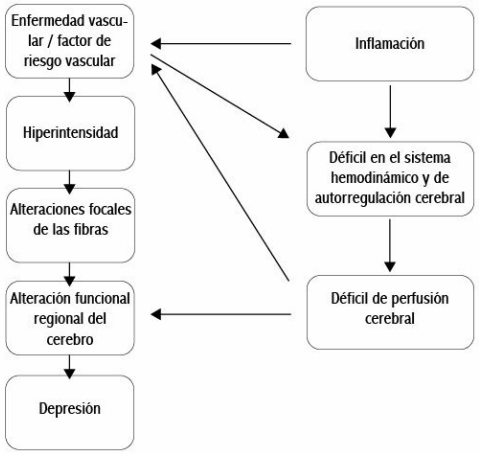
ETIOPATOGENIA

ORIGEN VASCULAR DE LA DEPRESIÓN

Término acuñado por Alexopulus G. a fines de los 90, propone que la enfermedad cerebrovascular puede predisponer, precipitar, o perpetuar algunos síndromes depresivos geriátricos. La hipótesis de la "depresión vascular" está respaldada por la comorbilidad de la depresión, la enfermedad vascular, los factores de riesgo vascular y la asociación

de lesiones isquémicas con síntomas conductuales distintivos. Presume que la interrupción de los sistemas prefrontales o sus vías de modulación por lesiones únicas o por una acumulación de lesiones que excedan un umbral serían mecanismos centrales en la depresión vascular [10].

FIGURA 1



Adaptación: Taylor, W.D., H.J. Aizenstein, and G.S. Alexopoulos, The vascular depression hypothesis: mechanisms linking vascular disease with depression. Mol Psychiatry, 2013. 18(9): p. 963-74

CAMBIOS ESTRUCTURALES A NIVEL CEREBRAL

Se presume que las anomalías de la sustancia gris, contribuyen a la alteración de la red fronto-subcortical y límbica, ambas implicadas en la depresión de inicio tardío [19]. La disfunción ejecutiva, la apatía (ambas características de las depresiones de inicio tardío) y la desinhibición, son características de la disrupción dentro de la corteza prefrontal dorsolateral, corteza cingulada anterior (ACC), y los circuitos fronto-subcorticales de la corteza orbitofrontal (OFC), respectivamente, todos los cuales se proyectan hacia los ganglios basales y el tálamo [20]. Los síntomas emocionales y cognitivos de la depresión de inicio tardío, también estarían relacionados con alteraciones del sistema límbico, que incluye el hipocampo, amígdala, hipotálamo, núcleo talámico anterior y circunvolución parahipocámpica [21].

FACTORES PREDISPONENTES PARA DESARROLLAR DEPRESIÓN MAYOR EN AM

FACTORES PSICOSOCIALES

El bajo nivel económico, la salud física deficiente, la discapacidad, el aislamiento social y la reubicación (no voluntaria), a menudo conducen a la aparición de síntomas depresivos o de un episodio depresivo mayor. Otro factor a considerar es la pérdida de

algún ser amado, observándose que el primer año de duelo, 10-20% de los cónyuges sobrevivientes desarrollan síntomas de depresión [11], que generalmente persisten si no se tratan. Finalmente, algunos rasgos psicológicos confieren vulnerabilidad a la depresión. El pensamiento pesimista predice la ideación suicida un año después [12].

COMORBILIDAD MÉDICA Y USO DE PSICOFÁRMACOS

Los síndromes depresivos de inicio tardío, a menudo surgen en el contexto de trastornos médicos y neurológicos [13]. El diagnóstico de depresión debido a una condición médica general se da cuando el estado de ánimo deprimido o la anhedonia se presentan en pacientes ya diagnosticados con una enfermedad asociada a la depresión. Alrededor de una cuarta parte de las personas que tienen un infarto de miocardio o que se someten a cateterismo cardíaco tienen depresión mayor, y otro 25% tienen depresión menor [14]. Aproximadamente la mitad de los pacientes con enfermedad coronaria y depresión mayor, habrán tenido al menos un episodio depresivo mayor previo, y el 50% de aquellos con depresión mayor en el momento del cateterismo cardíaco permanecen deprimidos un año después del procedimiento [14].

Los síntomas o síndromes depresivos, a menudo están presentes en personas con demencia. El haber presentado un episodio depresivo mayor en los primeros años de vida, sería un factor de riesgo para el desarrollo de una demencia a futuro. [15].

Otras condiciones médicas que pueden favorecer la aparición de un episodio depresivo en el AM son: Infección viral, Endocrinopatía-hipotiroidismo, hipertiroidismo, hipoparatiroidismo, hiperparatiroidismo, enfermedad de Cushing; Enfermedad maligna: leucemia, linfoma, cáncer de páncreas; Enfermedad cerebrovascular: infartos lacunares, apoplejía, demencia vascular; Infarto de miocardio y trastorno metabólico: deficiencia de B12, desnutrición [16].

Así como las enfermedades médicas pueden ser un factor predisponente para presentar un episodio depresivo, el uso de ciertas sustancias y fármacos también pueden serlo. Entre los fármacos que pueden generar síntomas depresivos encontramos: Metildopa, benzodiazepinas, propranolol, reserpina, esteroides, drogas antiparkinsonianas, B-bloqueadores, cimetidina, clonidina, hidralazina, estrógenos, progesterona, tamoxifeno, vinblastina, vincristina y dextropropoxifeno [16].

HERENCIA

Las personas mayores que están deprimidas tienen menos probabilidades de tener un familiar deprimido que los pacientes más jóvenes que están deprimidos [17].

Los marcadores genéticos para la depresión tardía no han sido identificados. Sin embargo, los resultados de los estudios [18] realizados en gemelos sugieren una asociación entre el genotipo A/A del promotor del gen del receptor 2A de la serotonina y la depresión en los hombres ancianos, pero no en las mujeres de edad avanzada. El gen transportador de la recaptación de serotonina no se asoció con la depresión en gemelos

ancianos [18]. La mayoría de los investigadores no observaron ninguna asociación clara entre la depresión de inicio temprano y la depresión tardía.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

En esta parte del capítulo por fines didácticos, nos centraremos en la evaluación diagnóstica de la depresión de inicio tardío, ya que la clínica de la depresión de inicio temprano, es ampliamente conocida, y no es el objetivo principal de este capítulo. Para realizar el adecuado diagnóstico de la depresión de inicio tardío, es necesario, tener un conocimiento detallado de las manifestaciones clínicas de esta, ya que como mencionábamos anteriormente la sintomatología es más bien "atípica" con respecto a lo que acostumbramos ver en los episodios depresivos mayores.

A continuación, mencionaremos los puntos que a criterio del autor son fundamentales para realizar el adecuado diagnóstico de la depresión de inicio tardío:

ANAMNESIS Y EXÁMENES DE LABORATORIO

Para realizar una adecuada anamnesis, la historia debe abarcar, los antecedentes demográficos del paciente (Sexo, edad, escolaridad, vivienda, estado civil, presencia o ausencia de hijos, etc.), antecedentes clínicos previos/actuales (patología médica y/o neurológica aguda o crónica), antecedentes quirúrgicos (Ej: No es lo mismo tratar alguien con sus dos riñones que un monorreno), existencia de alergia a fármacos, antecedentes psiquiátricos, intentos suicidas previos, consumo diario de fármacos (para analizar posibles efectos secundarios que favorecieran los síntomas depresivos, probables interacciones farmacológicas y presencia de polifarmacia), los hábitos que tiene el paciente, consumo de alcohol, drogas ilícitas, tabaco, etc. A lo anterior se debe sumar la historia de enfermedades médicas, neurológicas (Ej: demencia) y psiquiátricas (Ej: depresión) de la familia de origen.

Concomitantemente se debe realizar una historia social detallada donde se obtengan datos tales como estresores recientes o previos (Ej: duelo), soporte social, acceso a armas, acceso a transporte, etc. Para finalizar, se debe investigar sobre la presencia de alteraciones cognitivas (atención, concentración y memoria) con el mayor detalle posible (tiempo de inicio, forma como se presenta, cuanto afecta en las actividades de su vida diaria, etc.)

La solicitud de exámenes de laboratorio son de gran importancia en el grupo de adultos mayores, principalmente por la frecuente co-morbilidad médica que estos presentan, permitiendo la pesquisa de alguna patología médica (Ej: hipotiroidismo, sífilis, anemia, etc.) que pudiese explicar de mejor manera los síntomas depresivos, así como la presencia de hipovitaminosis (Ej: vitamina D y B12) y la evaluación de otros parámetros sanguíneos (Ej: electrolitos plasmáticos) del paciente. A continuación, se resumen los

exámenes de laboratorio básicos que se debe solicitar a los pacientes AM con síntomas depresivos:

1. Hemograma
2. Perfil tiroideo
3. Perfil hepático
4. Perfil renal
5. Electrolitos plasmáticos
6. Electrocardiograma
7. RPR
8. Niveles plasmáticos de vitamina D y vitamina B12

TEST NEUROCOGNITIVO

En general como hemos mencionado, los episodios depresivos de los AM van acompañados de alteraciones cognitivas, las cuales además de ser evaluadas en la anamnesis y deben ser objetivadas con algún test que evalúe las funciones cognitivas del paciente; entre los más destacados encontramos el mini mental test, MoCA, Mini Cog, MIS, etc. Cuando hay presencia de alteraciones cognitivas complejas, se sugiere realizar un test neuropsicológico, el cual evalúa de manera muy completa ciertas funciones cerebrales, pesquisando cuales estarían alteradas, provocando el mal funcionamiento de la memoria, funciones ejecutivas, funciones visuoespaciales, etc. No se entrará en más detalles sobre este test, ya que se le dedica un capítulo aparte en este libro.

De los test cognitivos ya mencionados, nos detendremos en el Montreal Cognitive Assessment (MoCA), el cual ha sido validado para Chile por el equipo de la Dra. Delgado y es de gran utilidad en la práctica clínica diaria [22]:

El Montreal Cognitive Assessment test (MoCA test), es una herramienta de tamizaje desarrollado por Nasreddine et al. en el 2005 [23], el cual permite valorar la integridad cognitiva de las personas mayores. Existen numerosos estudios de contraste del MoCA con el mini mental test, que demuestran su superioridad para la detección del deterioro cognitivo (DCL) [24]. El MoCA evalúa funciones ejecutivas, atención, abstracción, memoria, lenguaje, capacidades visuoconstructivas, cálculo y orientación, es de fácil aplicación y no toma más de 10 minutos. El puntaje máximo es de 30 puntos, con un punto de corte para DCL y demencias < 26 en países desarrollados; su mayor inconveniente es poseer un alto sesgo educacional, por lo que en la versión original se recomienda la adición de un punto si la escolaridad es inferior a 12 años [25]. En la validación realizada para Chile el punto de corte para deterioro cognitivo leve fue < 21. El año 2015, el grupo de Nasreddine, crearon una versión de este test (MoCA-Basic), el cuál es orientado a población con escasa o nula escolaridad [26].

NEUROIMÁGENES

Las neuroimágenes (TAC, RNM, PET y Spect) en pacientes ancianos que cursan con un episodio depresivo mayor son utilizadas mayoritariamente en los siguientes casos: Primer episodio depresivo después de los 50 años, depresión con alto impacto en la función cognitiva, alteraciones del examen neurológico, depresión de características atípicas, depresión resistente a tratamiento y en episodios cualitativamente diferentes a los anteriores. Si bien existe el uso de las neuroimágenes, este no es de rutina, ya que son herramientas cuyo costo es demasiado elevado comparado con el beneficio real para el paciente.

Dentro de las pruebas imagenológicas, la más solicitada es la resonancia nuclear magnética de cerebro, la cual nos referiremos a continuación.

Resonancia nuclear magnética de cerebro

La resonancia magnética (RM), ha demostrado ser una herramienta ideal para examinar anomalías corticales y subcorticales in vivo, ya que permite estudiar los volúmenes de regiones corticales definidas a priori y estructuras subcorticales. Múltiples estudios han revelado reducciones significativas de volumen en corteza orbitofrotal (COF), hipocampo, putamen y tálamo en la depresión de inicio tardío, apoyando la hipótesis de la reducción de volumen de sustancia gris (SG) en los circuitos fronto-subcorticales y límbicos [21]. Una hipótesis sobre la etiología de estas reducciones, es que las hiperintensidades en la sustancia blanca (HSB) observadas en T2 de la RM (producidas por lesiones vasculares), provocan la denervación y atrofia de regiones de sustancia gris asociadas [27]. El aumento de la prevalencia de HSB está bien documentado en depresión de inicio tardío [28], con evidencia que apoya una causa vascular en línea con la hipótesis de la depresión vascular [10]. Taylor et al [27], informaron una correlación significativamente negativa entre la gravedad de HSB y el volumen de la COF izquierda.

ESCALAS DE VALORACIÓN DE LA DEPRESIÓN EN EL AM

Escala de depresión geriátrica

La escala de depresión geriátrica (EDG), es una herramienta de tamizaje ampliamente utilizada en la sospecha del episodio depresivo mayor del AM, así como en trabajos de investigación relacionadas con el área. La versión original fue desarrollada por Brink y Yesavage en 1982 [29], y consta de 30 preguntas de formato si-no. Esta versión se disminuyó a 15 preguntas en 1986. Pese a la disminución, seguía siendo una herramienta muy larga de aplicar.

Basado en esta necesidad el equipo chileno liderado por la Dra. Hoyl, desarrollaron la versión de cinco ítems de la EDG [30], la cual resultó ser tan efectiva como la versión de 15 preguntas, con una sensibilidad de 97% y especificidad de 85% para el diagnóstico de depresión. El estudio arrojó su utilidad para descartar depresión mayor debido a su buen valor predictivo negativo, pero se concluyó que en caso de ser positiva para depresión, se

debían aplicar otras herramientas de tamizaje más específicas y una buena entrevista clínica [31]. En la Tabla 5, se puede observar la EDG-15 y EDG-5 puntos.

TABLA 5. Escala de depresión geriátrica (EDG-15 puntos).

Reordenada, comenzando con las preguntas correspondientes a la versión de 5 puntos. Las respuestas sugerentes de depresión están marcadas con un asterisco. Sugiere Depresión para EDG-15 un puntaje ≥ 5; para EDG-5 un puntaje ≥ 2.

1. ¿Se siente básicamente satisfecho con su vida?	SÍ-NO*
2. ¿Se aburre con frecuencia?	SÍ*-NO
3. ¿Se siente inútil frecuentemente?	SÍ*-NO
4. ¿Prefiere quedarse en casa en vez de salir y hacer cosas nuevas?	SÍ*-NO
5. ¿Se siente frecuentemente desvalido o que no vale nada?	SÍ*-NO
6. ¿Siente que su vida está vacía?	SÍ*-NO
7. ¿Está de buen ánimo la mayor parte del tiempo?	SÍ-NO*
8. ¿Tiene miedo de que algo malo le vaya a pasar?	SÍ*-NO
9. ¿Se siente feliz la mayor parte del día?	SÍ-NO*
10. ¿Ha abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	SÍ*-NO
11. ¿Siente que tiene más problemas de memoria que la mayoría?	SÍ*-NO
12. ¿Piensa que es maravilloso estar vivo ahora?	SÍ-NO*
13. ¿Se siente lleno de energía?	SÍ-NO*
14. ¿Siente que su situación es desesperada?	SÍ*-NO
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está mejor que usted?	SÍ*-NO

Adaptación: Depresión en el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica.

DEPRESIÓN EN POBLACIONES ESPECIALES:

DEPRESIÓN Y ALZHEIMER

Tanto la demencia como la depresión se observan con frecuencia en la vejez, pese a esto no existen datos claros sobre su coincidencia. Esto se debe a que los estudios epidemiológicos sobre la demencia generalmente excluyen a los pacientes diagnosticados con depresión y viceversa, sin embargo, varias características, como la falta de concentración y la atención deficiente han compartido la apariencia en ambos [32].

Se ha demostrado que la depresión, con o sin características cognitivas, e incluso síntomas depresivos sin depresión franca, predispone a la demencia tanto en estudios retrospectivos como prospectivos [33]. Esto puede ser más intenso cuando los síntomas

depresivos son recurrentes. Se piensa que la depresión crónica, y el estrés están asociados con la liberación excesiva de corticosteroides que a su vez causa daño a nivel del hipocampo. Es posible que las manifestaciones celulares de este proceso neurotóxico sean en forma de degeneración neurofibrilar, cambio característico de la enfermedad de Alzheirmer (EA) en el hipocampo. Por lo tanto, parece que la depresión crónica puede acelerar los cambios cerebrales que conducen a la demencia a través de al menos dos mecanismos fisiológicos: El primero, relacionado con cambios vasculares en el cerebro, principalmente en forma de leucoaraiosis, y el otro, a través, de la liberación excesiva de corticosteroides, que a su vez daña el hipocampo. Por lo tanto, las funciones cognitivas que no se pueden normalizar después de la remisión de la depresión representan un mayor riesgo para el desarrollo de demencia en ancianos con deterioro cognitivo y puede ser un primer signo de deterioro en las reservas cerebrales [34].

Otros mecanismos por los cuales la depresión puede impactar el riesgo de presentar demencia son los cambios inflamatorios crónicos que ocurren en la depresión, en particular, la interleucina-6, la proteína C-reactiva y el factor de necrosis tumoral, se incrementan en personas con depresión y también puede asociarse con un mayor riesgo de demencia [35]. El factor neurotrófico derivado del cerebro, una neurotrofina (involucrado en la plasticidad sináptica), disminuye en la depresión, lo que se asocia con demencia de tipo Alzheimer [36].

Varios factores del estilo de vida asociados con la depresión crónica, como la dieta, la actividad física y el compromiso social, pueden aumentar el riesgo de demencia. Los estudios epidemiológicos basados en la población han demostrado que la deficiencia de vitamina B12 y los altos niveles de homocisteína están asociados con la depresión en adultos mayores y a un mayor riesgo de demencia tipo Alzheimer [37].

DEPRESIÓN Y SUICIDIO

El suicidio en el paciente adulto mayor que cursa con un episodio depresivo, es un punto a tener muy presente a la hora de realizar la evaluación clínica, ya que la prevalencia de suicidio es casi dos veces mayor en este grupo que en la población general, y 1 de cada 3-4 intentos son consumados [16]. Por este motivo, obtener datos sobre ideas o intentos suicidas previos es un punto que no puede ser dejado de lado. Existe muchas veces el temor a preguntar sobre ideas de muerte o ideas francas de autoeliminación por parte de médicos generales o especialistas no psiquiatras, debido a la idea errónea de poder gatillar una ideación suicida que previamente no existía. Muy por el contrario, el no preguntar en la anamnesis la historia previa (o actual) de suicidio del paciente o de algún familiar de línea directa, puede provocar la no pesquisa de la ideación, no haciendo la intervención en el tiempo y forma adecuada.

Si bien la idea suicida puede aparecer en cualquier persona, hay ciertos grupos más vulnerables, estos son: género masculino, solteros, raza blanca, con consumo de sustancias, disfunciones sociales, personalidades rígidas, ansiosas y obsesivas y con acceso a armas de fuego [16].

Otro hecho a destacar, es el crecimiento exponencial que presentan las tasas de prevalencia de suicidio mientras más longevos son los pacientes, como se observa en la Tabla 6.

TABLA 6. Tasa de suicidios / 100.000 habitantes

EDAD (años)	AMBOS SEXOS	HOMBRES	MUJERES
65-69	11,4	17,1	6,3
70-74	14,2	24	6,1
75-79	18	32,1	7,8
80-84	21,1	40,7	9,4
85 y más años	23,6	56,5	9,5

Adaptado de IMSERSO 2006 [38]

MANEJO

El manejo de la depresión mayor en población anciana, debe ser multidisciplinario, de lo contrario los resultados en general son deficientes. Este manejo debe ser realizado por psiquiatras, geriatras, enfermeras, terapeutas ocupacionales, psicólogos, asistentes sociales, etc., donde cada integrante cumple un rol principal en el enfrentamiento de cuadro anímico, evaluando y manejando según su área del conocimiento, las alteraciones provocadas por la depresión. Las áreas de acción abarcan la estimulación física y cognitiva, la farmacoterapia, la psicoterapia, la interacción social, el mayor grado de independencia del paciente, la alimentación saludable y el involucramiento de los integrantes de la familia del AM.

Dentro del manejo del paciente con depresión mayor, encontramos el manejo farmacológico y el no farmacológico donde destacan la actividad física y cognitiva, la alimentación saludable, la interacción social y la psicoterapia, a la cual nos referiremos a continuación brevemente, ya que hay un capítulo dedicado a este tema.

PSICOTERAPIA

La literatura recomienda que la duración de la psicoterapia en este grupo de pacientes tenga una duración de 8 a 12 semanas. Dentro de las psicoterapias que mayor efectividad han demostrado encontramos: la terapia cognitivo-conductual, la cual trabaja sobre la identificación de pensamientos negativos y disfuncionales, al tiempo que aumenta la participación en actividades agradables y sociales; la terapia de resolución de problemas, la cual trabaja sobre el desarrollo de habilidades para mejorar la capacidad de enfrentar los problemas de la vida; y la terapia interpersonal, cuyo centro es la transición de papeles, dolor y las relaciones interpersonales. De las terapias mencionadas

recientemente, la terapia de resolución de problemas a mostrado la mayor eficiencia en los pacientes ancianos con episodios depresivos mayores [6].

MANEJO FARMACOLÓGICO

Aspectos generales

El manejo psico-farmacológico en los pacientes AM que cursan con un episodio depresivo mayor, debe tener en cuenta el adagio, "comienza bajo y ve lento hacia delante", en respuesta a los cambios sufridos por los AM desde el punto de vista farmacocinético y farmacodinámico. Entre los cambios importantes encontramos disminución del efecto de primer paso hepático, aumento de la grasa corporal, disminución de la albúmina plasmática, disminución de la capacidad metabólica, disminución del flujo plasmático renal, etc. [39]. Todas situaciones que pueden provocar el aumento de la biodisponibilidad del fármaco, lo que podría generar efectos indeseados en nuestro paciente. Otro factor a tener en cuenta, es la tasa elevada de co-morbilidad médica de estos pacientes, lo que conlleva en muchos casos al uso elevado de fármacos no psiquiátricos. En último lugar, pero no menos importante, está el fenómeno de aparición más frecuente de efectos secundarios "raros" (pérdida ósea, síntomas extrapiramidales, etc), el cual vemos con frecuencia en la clínica.

Cuando nos enfrentamos a una depresión mayor en el AM, pensamos en el uso de antidepresivos (AD) como primera opción de tratamiento, ya que han mostrado eficacia en la resolución de esta patología. A continuación, nos preguntamos cuál utilizamos, y es aquí donde nos encontramos con un problema, que es la falta de estudios doble ciego, randomizados dirigidos especialmente a esta población. En general los tratamientos son extrapolados de resultados en poblaciones de pacientes mayores de 50 años o basados en la experiencia clínica de cada tratante, lo cual baja el nivel de evidencia al respecto. En el afán de mejorar este problema, las guías canadienses para manejo de la depresión y ansiedad, han realizado un esfuerzo por unificar criterios de tratamientos, basados en los estudios realizados en población AM y los extrapolados de población de 50 años. Los resultados obtenidos son detallados en la Tabla 7.

TABLA 7

RECOMENDACIÓN	TRATAMIENTO	NIVEL DE EVIDENCIA
PRIMERA LÍNEA	Duloxetina, Mirtazapina y Nortriptilina	Nivel I
	Bupropión, Citalopram/escitalopram, desvenlafaxina, sertralina, venlafaxina y vortioxetina	Nivel II
SEGUNDA LÍNEA	Cambiar por: Nortriptilina, moclobemida, quetiapina y trazodona	Nivel I Nivel II
	Combinado con: Aripiprazol y litio	Nidel de evidencia I
TERCERA LÍNEA	Cambiar a: Amitriptilina, imipramina	Nivel II

Combinar ISRS o ISRN con: Bupropion, ISRS. Nivel III

Algoritmo adaptado de: The Canadian of Psychiatry/ La Revue Canadienne de Psychatrie. 2016, Vol 61 (9) 588-603.

Como se puede ver, el uso de inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) y de los inhibidores de la recaptura de noradrenalina (ISRN), son ampliamente utilizados con un alto nivel de evidencia. Además de tener un perfil bastante seguro para los pacientes AM. Es importante mencionar que, si bien los AD Tricíclicos pueden ser utilizados, en general son fármacos con un perfil elevado de efectos secundarios, que en el AM pueden tener aún más relevancia, entre ellos destacamos efectos cardiovasculares graves, efectos anticolinérgicos, disfunción sexual y en dosis elevadas es letal.

A continuación, resumimos en la Tabla 8 los efectos secundarios de los fármacos utilizados en el tratamiento de la depresión en el AM [40].

TABLA 8

FÁRMACO	EFECTOS SECUNDARIOS	
	FRECUENTE	GRAVE, PERO RARO
ISRS	Nausea, diarrea, cefalea, disfunción sexual, riesgo de caídas	Hiponatremia, alteración de la función plaquetaria.
ISRN	Nausea, diarrea, cefalea, disfunción sexual, diaforesis, sequedad bucal, riesgo de caídas	Hipertensión Arterial
BUPROPIÓN	Nerviosismo, agitación, cefalea	Convulsiones
MIRTAZAPINA	Sequedad bucal, sedación y ganancia de peso	Aumento niveles de colesterol
TRICÍCLICOS	Efectos anticolinérgicos, sedación, aumento de peso, disfunción sexual, aumento riesgo de caídas	Arritmias cardiacas. Sobredosis letal
ANTIPSICÓTICOS	Sedación, nausea, cefaleas, aumento niveles de colesterol, aumento de peso	Diskinesia tardía, arritmias cardiacas, síndrome neuroléptico maligno, aumento de riesgo de accidente vascular en demencia
LITIO	Hipotiroidismo, diabetes insípida. Hiperparatiroidismo	Nefrotoxicidad

Algoritmo adaptado de: The Canadian of Psychiatry/ La Revue Canadienne de Psychatrie. 2016, Vol 61 (9) 588-603

OTRAS TERAPIAS

Terapia electro convulsiva (TEC)

La TEC, es un tratamiento efectivo en AM que cursan con un episodio depresivo mayor con una eficacia del 30-90% [6]. Está indicada en pacientes con depresión refractaria, depresión psicótica y depresión con ideación suicida grave [41]. Presenta una tasa de recaída a los seis meses de un 40%, se debe tener precaución en pacientes con patología cardiovascular o neurológica, y entre los efectos secundarios encontramos amnesia post-Ictal anterógrada [6].

CONCLUSIÓN

El aumento de la población mayor de 65 años es una realidad que crece día a día, lo cual nos plantea un desafío enorme que como sociedad aún no estamos preparados a enfrentar. Este fenómeno ha traído consigo el aumento de patologías médicas y psiquiátricas, siendo la depresión una de las más prevalentes, aumentando la morbimortalidad de este grupo de la población. Esto por esto que debemos trabajar arduamente en estudios psico-bio-sociales, enfocados en su totalidad a la población de adultos mayores, lo que nos permitirá darles una mejor calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Organización Mundial de la Salud [citado 25 jul 2018]. Depresión. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/
2. De La Cámara C, Saz P, López-Antón R, Ventura T, Día JL, Lobo A. Depression in the elderly community: I. Prevalence by different diagnostic criteria and clinical profile. Eur J Psychiatry. 2008; 22 (3):131-40.
3. Mechakra-Tahiri S, Zunzunegui MV, Préville M, Dubé M. Social relationships and depression among people 65 years and over living in rural and urban areas of Quebec. Int J Geriatr Psychiatry. 2009; 24 (11):1226-36.
4. Park JH, Lee JJ, Lee SB, Huh Y, Choi EA, Youn JC, et al. Prevalence of major depressive disorder and minor depressive disorder in an elderly Korean population: Results from the Korean Longitudinal Study on Health and Aging (KLoSHA). J Affect Disord [Internet]. 2010; 125 (1-3): 234-40.
5. Blazer DG. Depression in Late Life: Review and Commentary. Journals Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci. 2003; 58 (3): M24965.
6. Taylor WD. Depression in the Elderly. N Engl J Med. 2014; 371 (13): 1228-36.
7. Schoevers RA, Beekman ATF, Deeg DJH, Jonker C, Van Tilburg W. Comorbidity and risk-patterns of depression, generalised anxiety disorder and mixed anxiety-depression in later life: Results from the AMSTEL study. Int J Geriatr Psychiatry. 2003;18 (11): 994-1001.
8. Forlani C, Morri M, Ferrari B, Dalmonte E, Menchetti M, De Ronchi D, et al. Prevalence and gender differences in late-life depression: A population-based study. Am J Geriatr Psychiatry. 2014; 22 (4): 370-80.
9. Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: A review. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2006; 113: 372-87.
10. Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Campbell S, Silbersweig D, Charlson M. "Vascular Depression" Hypothesis. Arch Gen Psychiatry. 1997; 54: 915-22.
11. Alexopoulos GS. Late-life mood disorders. Comprehensive textbook of geriatric psychiatry, 3a ed. New York: WW Norton and Company; 2004. 609–53.
12. Lynch TR, Johnson CS, Mendelson T, Robins CJ, Krishnan KRR, Blazer DG. New onset and remission of suicidal ideation among a depressed adult sample. J Affect Disord. 1999; 56 (1): 49-54
13. Alexopoulos GS, Buckwalter K, Olin J, Martinez R, Wainscott C, Krishnan KRR. Comorbidity of late life depression: An opportunity for research on mechanisms and treatment. Biol Psychiatry. 2002; 52 (6): 543-58.
14. Carney RM, Freedland KE. Depression, mortality, and medical morbidity in patients with coronary heart disease. Biological Psychiatry. 2003; 54: 241-7.
15. Jorm AF. History of depression as a risk factor for dementia: an updated review. Aust N Z J Psychiatry [Internet]. 2001; 35 (6): 776-81.
16. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. En: Lancet. 2005. 1961-70.

17. Brodaty H, Luscombe G, Parker G, Wilhelm K, Hickie I, Austin MP, et al. Early and late onset depression in old age: Different aetiologies, same phenomenology. J Affect Disord. 2001; 66 (2-3): 225-36.
18. Jansson M, Gatz M, Berg S, Johansson B, Malmberg B, McClearn GE, et al. Association between depressed mood in the elderly and a 5-HTR2A gene variant. Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet [Internet]. 2003; 120B (1): 79-84.
19. Phillips ML, Drevets WC, Rauch SL, Lane R. Neurobiology of emotion perception II: Implications for major psychiatric disorders. Biological Psychiatry. 2003; 54: 515-28.
20. Bonelli RM, Cummings JL. Frontal-subcortical circuitry and behavior. Dialogues Clin Neurosci. 2007; 9 (2): 141-51.
21. Sexton CE, MacKay CE, Ebmeier KP. A systematic review and meta-analysis of magnetic resonance imaging studies in late-life depression. Am J Geriatr Psychiatry. 2013; 21 (2): 184-95.
22. Delgado C, Araneda A, Behrens MI. Validación del instrumento Montreal Cognitive Assessment en español en adultos mayores de 60 años. Neurología. 2017.
23. Lozano M, Hernández M, Turró O, Pericot I, López-Pausa S, Vilalta J. Validación del Montreal Cognitive Assessment (MoCA): test de cribado para el deterioro cognitivo leve. Datos preliminares. Alzheimer Real Invest Demenc. 2009; 43: 4-11.
24. Larner AJ. Screening utility of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA): In place of -or as well as- the MMSE. Int Psychogeriatr. 2012; 24: 391-6.
25. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. J Am Geriatr Soc. 2005; 53: 695-9.
26. Julayanont P, Tangwongchai S, Hemrungrojn S, Tunvirachaisakul C, Phanthumchinda K, Hongsawat J, et al. The Montreal cognitive assessment-basic: A screening tool to mild cognitive impairment in llliterate and low-educated elderly adults. J Am Geriatr Soc. 2015; 63 (12): 2550-4
27. Taylor WD, MacFall JR, Payne ME, McQuoid DR, Steffens DC, Provenzale JM, et al. Orbitofrontal cortex volume in late life depression: Influence of hyperintense lesions and genetic polymorphisms. Psychol Med. 2007; 37 (12): 1763-73
28. Herrmann LL, Le Masurier M, Ebmeier KP. White matter hyperintensities in late life depression: A systematic review. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2008; 79 (6): 619-24.
29. Brink TL, Yesavage JA, Lum O, Heersema PH, Adey M, Rose TL. Screening Tests for Geriatric Depression. Clin Gerontol. 1982;1 (1): 37-43
30. Hoyl MT, Alessi CA, Harker JO, Josephson KR, Pietruszka FM, Koelfgen M, et al. Development and testing of a five-item version of the geriatric depression scale. J Am Geriatr Soc. 1999; 47 (7): 873-8.
31. Hoyl M T, Valenzuela A. E, Marín L PP. Depresión en el adulto mayor: Evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica. Rev Med Chil. 2000; 128 (11): 1199-204.
32. Halperin I, Korczyn AD. Depression precedes development of dementia. Harefuah. 2008; 147 (4): 335-73
33. Chen R, Hu Z, Wei L, Qin X, McCracken C, Copeland JR. Severity of depression and risk for subsequent dementia: cohort studies in China and the UK. Br J Psychiatry. 2008; 193 (5): 373-7.
34. Korczyn AD, Halperin I. Depression and dementia. J Neurol Sci. 2009; 283 (1–2): 139-42
35. Engelhart MJ, Geerlings MI, Meijer J, Kiliaan A, Ruitenberg A, Van Swieten JC, et al. Inflammatory Proteins in Plasma and the Risk of Dementia: The Rotterdam Study. Arch Neurol. 2004; 61 (5): 668-72
36. Zuccato C, Cattaneo E. Brain-derived neurotrophic factor in neurodegenerative diseases. Nature Reviews Neurology. 2009; 5: 311-22.
37. Saczynski JS, Beiser A, Seshadri S, Auerbach S, Wolf PA, Au R. Depressive symptoms and risk of dementia: The framingham heart study. Neurology. 2010; 75 (1): 35-41.
38. www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/informe
39. Chamorro L. Psicofármacos en el anciano. Rev Clin Esp. 2005; 205 (10): 513-17.
40. The Canadian of Psychiatry/La Revue Canadienne de Psychatrie. 2016; 61 (9): 588-603
41. Kok RM, Reynolds CF. Management of Depression in Older Adults: A Review. JAMA [Internet]. 2017; 317 (20): 2114-22.

TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR EN ADULTOS MAYORES

Carlos Sagredo Guidotti

RESUMEN

El trastorno afectivo bipolar, es una patología psiquiátrica crónica-fásica, que se presenta a lo largo de la vida y que, a propósito de los cambios en la pirámide poblacional, será paulatinamente más frecuente de encontrar en población adulta mayor. La importancia de su estudio radica en que se trata de un cuadro de difícil diagnóstico y que se asocia a una gran carga de morbimortalidad y a una disminución en la esperanza de vida. Su clínica varía dependiendo del grupo etario que se estudie y en población geriátrica presenta características especiales a tener en consideración, como su alta comorbilidad con patología médica o neurológica, y su mayor asociación a alteraciones cognitivas. Esto, sumado a que existen distintos factores etiológicos y evoluciones en los pacientes, y a los cambios fisiológicos propios de la edad implica un abordaje distinto al de la población más joven con el mismo trastorno. Si bien existe poca evidencia de intervenciones y tratamientos farmacológicos específicos para los adultos mayores portadores de un trastorno afectivo bipolar, se cuenta con información disponible que muestra efecto positivo para las distintas fases de la enfermedad con los medicamentos aprobados o comúnmente usados en población más joven.

INTRODUCCIÓN

El trastorno afectivo bipolar (TAB), es una enfermedad psiquiátrica grave, caracterizada por la presencia de fluctuación anímica entre depresión y exaltación (manía o hipomanía), habitualmente con períodos de estabilidad anímica intercrítica (eutimia), y que tiene una evolución crónica-fásica. El trastorno Bipolar se clasifica formalmente en dos grupos importantes, el Trastorno bipolar tipo I (TAB I) caracterizado por la presencia de al menos un Episodio de manía con o sin antecedentes de Episodios

Depresivos Mayores, y el Trastorno Bipolar tipo II (TAB II) definido por la existencia de al menos un episodio de hipomanía asociado a la presencia de uno o más Episodios Depresivos Mayores (EDM)[1-2].

El TAB se asocia a una importante carga de enfermedad, teniendo un gran impacto en la vida de quienes lo padecen, lo que se traduce en una disminución significativa de los Años de Vida Saludables perdidos (AVISA), una mayor morbimortalidad, viviendo en promedio diez años menos en comparación al resto de la población [2-4]. Dentro de las causas de muerte más frecuentes de quienes padecen este trastorno se listan suicidio, enfermedades cardiovasculares, accidentes, neumonía, influenza y trastornos digestivos o hepáticos[2,4,5].

Además de su importancia por el impacto en la morbilidad y mortalidad de los pacientes, el TAB constituye un gran desafío Diagnóstico, presentando una alta latencia para ser diagnosticado adecuadamente. Algunos datos al respecto indican que al momento de la consulta 2/3 de los pacientes portadores de un TAB reciben erróneamente otro diagnóstico psiquiátrico mayor en su lugar (Trastorno Depresivo Mayor, Trastornos Ansiosos, Esquizofrenia, Caracteropatía o Abuso de sustancias). En promedio reciben 3,5 diagnósticos errados, son vistos por cuatro profesionales de la Salud Mental y tardan ocho años (un tercio incluso más de diez años) antes de recibir el diagnóstico correcto [2].

La Prevalencia estimada para el TAB es de 2,2% en la población general con una edad de inicio la mayoría de las veces antes de los 25 años, con un promedio de 21 años (18,4 para TAB I y 20 años para TAB II) [6]. Con el cambio en la pirámide poblacional ocurrido en las últimas décadas, que trajo consigo un aumento de población geriátrica, la presencia de diagnóstico de TAB, en adultos Mayores (definido para este efecto como mayores de 60 años) es cada vez más frecuente [7]. Pese a esto, tenemos muy poca información respecto de la evolución o de tratamientos específico para TAB en adultos Mayores, siendo la mayor parte de la información obtenida de la extrapolación de datos generados en estudios de población general o de edades mixtas [8].

Hoy se estima que un 25% de los pacientes portadores de un TAB tienen 60 años o más, de los cuales un 6% inicia después de los 60 años [9,10]. En el sentido opuesto, se calcula, que del total de Adultos Mayores, entre un 0,5 a un 1% tendría el Diagnóstico de un TAB [10–12], esto sin incluir los cuadros considerados como Trastornos del Espectro Bipolar (TEB), es decir aquellas formas “suaves” del cuadro, que no cumplen con todos los criterios de un TAB, pero que tienen características comunes a él, como su alta recurrencia, asociación genética, o respuesta similar a tratamiento [10].

Cuando se analizan pacientes hospitalizados en unidades geriátricas, encontramos que el diagnóstico de TAB oscila entre un 4 a un 10%, mientras que para la población psicogeriátrica ambulatoria este valor es de un 6% [10,13].

Al igual que sus pares jóvenes los adultos mayores con trastorno afectivo bipolar (AMTAB) experimentan el estigma y el estrés de lidiar con una condición psiquiátrica crónica, a menudo complicada con problemas asociados al envejecimiento, como una

movilidad limitad o restringida, dolor crónico, condiciones de precariedad o la presencia de otros problemas físicos, médicos o psiquiátricos.

Todo lo antes descrito, implica razones suficientes para estudiar el Trastorno Bipolar en Adultos Mayores.

CUADRO CLÍNICO

El trastorno afectivo bipolar, tal como se mencionó previamente, consiste en una enfermedad crónica, fásica, caracterizada por la presencia de fluctuaciones o cambios patológicos en el estado de ánimo que se manifiestan como episodios depresivos, maníacos o hipomaníacos. El DSM 5 los clasifica en TAB I, TAB II, trastorno ciclotímico, trastorno bipolar inducido por sustancias, trastorno bipolar debido a otra condición médica, otros trastornos bipolares especificados y trastorno bipolar no especificado. El TAB I implica la presencia de al menos un episodio maníaco, con o sin presencia de episodios depresivos, mientras que el TAB II requiere la presencia de un episodio hipomaníaco y al menos un episodio depresivo mayor. El trastorno ciclotímico se refiere a presencia de numerosos períodos con síntomas hipomaníacos y otros con síntomas depresivos, sin que ninguno cumpla criterios suficientes para episodio hipomaníaco o depresivo respectivamente, todo esto en un período de al menos dos años. El diagnóstico de otro trastorno bipolar especificado, se utiliza para cuadros en que predominando muchos de los síntomas de un trastorno bipolar, y existiendo un malestar clínicamente significativo para el paciente, no se cumple totalmente con todos los criterios para encajar en las categorías anteriores. El uso de esta categoría implica necesariamente por parte del clínico especificar la razón por la cual no se cumple con los criterios para una de las otras categorías, por ejemplo: episodios hipomaníacos de corta duración y episodios de depresión mayor; o episodios hipomaníacos con síntomas insuficientes y episodios de depresión mayor; o episodio hipomaníaco sin episodio previo de depresión, etc. La categoría “no especificado”, es similar a la anterior pero en este caso el clínico no especifica la razón por la que no se cumplen los criterios para alguna de las otras categorías anteriores [1]. En la siguientes Tablas se resumen los criterios clínicos para el diagnóstico de episodio maníaco, episodio hipomaníaco y episodio depresivo mayor.

TABLA 1. Criterios diagnósticos DSM 5 para Episodio Maníaco

A. Un período bien definido de estado de ánimo anormalmente y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía dirigida a un objetivo, que dura como mínimo una semana y está presente la mayor parte del día, casi todos los días (o cualquier duración si se necesita hospitalización).

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía o actividad, existen tres o más de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es solo irritable) en un grado significativo y representan un cambio notorio del comportamiento habitual:

1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
2. Disminución de la necesidad de dormir (por ejemplo, se siente descansado después de solo tres horas de sueño).
3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.

4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad
5. Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia demasiado fácilmente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes), según se informa o se observa.
6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora (es decir, actividad sin ningún propósito no dirigida a un objetivo).
7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (por ejemplo, dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).

C. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave para causar un deterioro importante en el funcionamiento social o laboral, para necesitar hospitalización con el fin de evitar el daño a sí mismo o a otros, o porque existen características psicóticas.

D. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento, otro tratamiento) o a otra afección médica.

Nota: Un episodio maníaco completo que aparece durante el tratamiento antidepresivo (por ejemplo, medicación, terapia electroconvulsiva) pero persiste en un grado totalmente sindrómico más allá del efecto fisiológico de ese tratamiento es prueba suficiente de un episodio maníaco y, en consecuencia, un diagnóstico de trastorno bipolar I.

TABLA 2. Criterios diagnósticos DSM 5 para Episodio Hipomaníaco

A. Un período bien definido de estado de ánimo anormalmente y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía dirigida a un objetivo, que dura como mínimo cuatro días y está presente la mayor parte del día, casi todos los días.

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía o actividad, existen tres o más de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es solo irritable) en un grado significativo y representan un cambio notorio del comportamiento habitual:

1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
2. Disminución de la necesidad de dormir (por ejemplo, se siente descansado después de solo tres horas de sueño).
3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
5. Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia demasiado fácilmente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes), según se informa o se observa.
6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora (es decir, actividad sin ningún propósito no dirigida a un objetivo).
7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (por ejemplo, dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).

C. El episodio se asocia a un cambio inequívoco del funcionamiento que no es característico del individuo cuando no presenta síntomas.

D. La alteración del estado de ánimo y el cambio en el funcionamiento son observables por parte de otras personas.

E. El episodio no es suficientemente grave para causar una alteración importante del funcionamiento social o laboral, o necesitar hospitalización. Si existen características psicóticas, el episodio es, por definición, maníaco.

F. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento, otro tratamiento).

Nota: Un episodio hipomaníaco completo que aparece durante el tratamiento antidepresivo (por ejemplo, medicación, terapia electroconvulsiva) pero persiste en un grado totalmente sindrómico más allá del efecto fisiológico de ese tratamiento es prueba suficiente de un episodio hipomaníaco. Sin embargo, se recomienda precaución porque uno o dos síntomas (particularmente el aumento de la irritabilidad, nerviosismo o agitación después del uso de antidepresivos) no se consideran suficientes para el diagnóstico de un episodio hipomaníaco, ni indica necesariamente una diátesis bipolar.

TABLA 3. Criterios diagnósticos DSM 5 para Episodio de Depresión Mayor

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer. (No incluye síntomas que se puedan atribuir claramente a otra afección médica).

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (por ejemplo, se siente triste, vacío o sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (por ejemplo, se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable).

2. Disminución importante del interés o del placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (por ejemplo,
modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días (Nota: En los niños, considerar el fracaso en el aumento del peso esperado).
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retardo psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de la energía casi todos los días.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autoreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o de tomar decisiones, casi todos los días (a partir del relato subjetivo o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor. Los episodios de depresión mayor son frecuentes en el trastorno bipolar I pero no son necesarios para el diagnóstico de trastorno bipolar I.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (por ejemplo, duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o una discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, falta del apetito y pérdida de peso descritos en el Criterio A, que pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería considerar atentamente la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

Cuando nos referimos a los AMTAB existe consenso en definirlos como aquellos pacientes mayores de 60 años [7]. Como grupo, a diferencia de la población joven, existe una marcada diferencia de prevalencia entre géneros, con una mayor proporción de mujeres (2:1 v/s 1:1), posiblemente por un efecto de "sobrevivencia" de estas respecto de los hombres [4,13].

Cuando se compara la presencia de historia familiar de TAB respecto de la población joven, los AMTAB tienden a tener un porcentaje menor de "historia familiar positiva". Pese a esto, como grupo los AMTAB presentan una alta prevalencia de trastornos del ánimo en familiares de primer grado (40-80%), lo que pudiera resultar contra intuitivo, ya que como veremos más adelante suelen asociarse a más comorbilidades neurológicas lo que haría suponer un componente más "orgánico" en el desarrollo del cuadro. Algunas explicaciones de este fenómeno podrían encontrarse en aspectos metodológicos de las publicaciones utilizadas para obtener estos datos. Una de ellas es el hecho de que las poblaciones de adultos mayores, tienen familiares de primer grado (especialmente hijos y hermanos) que han tenido más tiempo para exponerse a factores ambientales que puedan hacer debutar una enfermedad anímica. Otra explicación es que un número importante de estos estudios se basa o deriva de población que está o ha estado hospitalizada a causa de su patología anímica, lo que pudiera seleccionar pacientes más severos y con una mayor carga genética. Un último punto es lo amplio del margen en que se mueve este valor, lo que podría ser un indicador indirecto del uso de definiciones diversas para el concepto de "historia familiar positiva" [11,13,14]. Como dato anexo se

puede agregar que los pacientes sin una historia familiar de TAB tienden a tener un debut de enfermedad más tardío [11].

En cuanto a los episodios anímicos, los estudios señalan que fenomenológicamente la manía es cualitativamente similar a los pacientes más jóvenes, existiendo alguna evidencia que sugiere una relación inversa entre edad y severidad de la manía. Al mismo tiempo se considera que no habría diferencia en la duración de estas respecto de sus pares de menor edad. Por otro lado, estudios revelan que la primera hospitalización por manía presenta una mayor incidencia en población geriátrica que en grupos de menor edad, lo que posiblemente esté relacionado a la mayor tasa de demencia u otras alteraciones neurológicas que se hacen más frecuentes con la edad y pueden complicar o confundir la evolución del cuadro[12]. La información en cuanto a psicosis es un poco menos categórica ya que algunos estudios señalan que se presenta en igual proporción mientras que otros concluyen que sería menos frecuente en población geriátrica portadora de un trastorno anímico que en los más jóvenes [4,10,13]. Respecto de la presencia de ciclado rápido y episodios mixtos en AMTAB, esta sería muy similar a encontrada en población de menor edad [4,13]. En cuanto al primer episodio anímico, un hallazgo recurrente extraído de análisis retrospectivos es que los AMTAB presentarían con más frecuencia un debut depresivo (57%) respecto de los pacientes más jóvenes (50%). Entre los AMTAB que debutan con un episodio depresivo, los datos apuntan que podría pasar una media de incluso 15 años, hasta la aparición de la primera manía, estimándose que la mitad de estos pacientes podrían tener tres o más episodios depresivos antes de que esta se presente, lo que implicaría que aproximadamente un 20 o 30% de aquellos pacientes sería previamente catalogado como TDM recurrente, "convirtiéndose" más tarde en TAB [12].

En lo referente a información respecto de gatillantes de episodios anímicos en adultos mayores, la evidencia no es categórica, sin embargo, existen reportes en estudios retrospectivos, que señalan una mayor asociación con eventos vitales negativos (dificultades de pareja, cambios en el rol familiar, cambios de residencia, empleo o problemas financieros), los que precipitan la mayoría de las internaciones psiquiátricas [4,12,15].

TABLA 4. Características clínicas de individuos mayores v/s jóvenes con Trastorno bipolar

	Pacientes mayores	Pacientes jóvenes
Prevalencia	Menor	Mayor
Relación mujeres:hombres	2:1	1:1
Historia familiar	Menos	Más
Eventos psicosociales	Más	Menos
Alteraciones cognitivas	Más	Menos
Comorbilidades médicas	Más	Menos
Trastorno por abuso de sustancias	Menos	Más
Mortalidad	Mayor	Menor

Fuente: Chen P. Update on the Epidemiology, Diagnosis, and Treatment of Mania in Older-Age Bipolar Disorder. Current Psychiatry Reports. 2017;19(8).

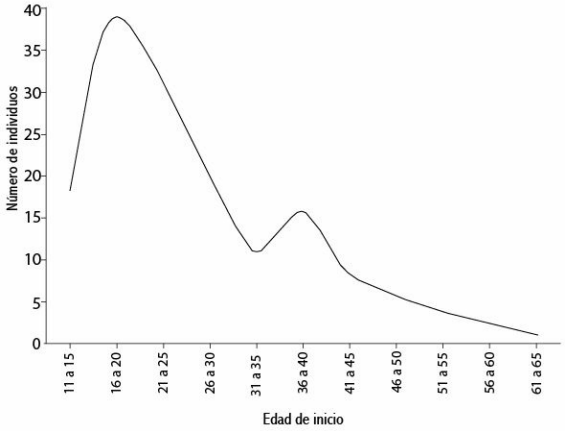
La presentación clínica y evolución del TAB en población geriátrica es muy variable, dando cuenta de la heterogeneidad de su naturaleza [4]. La expresión del cuadro dependerá de diversos factores: genéticos, comorbilidades médicas, daño neurológico (especialmente si este afecta circuitos límbicos, estriatales y prefrontales), estilo de vida y estresores psicosociales [11].

EDAD DE INICIO

En la práctica clínica, cuando nos enfrentemos al diagnóstico de un TAB en un Adulto Mayor, podría ser que se trate de un paciente con diagnóstico de TAB en su juventud que llega a adulto mayor, o tal vez sea un paciente con antecedentes de episodios depresivos previos (es decir, Trastorno Depresivo Mayor Recurrente) que presenta un primer episodio de exaltación (manía o hipomanía) tardíamente, o quizás un paciente adulto mayor sin antecedentes de sintomatología anímica previa que debuta con un episodio de elevación anormal del ánimo. Todos estos escenarios, posibles de encontrar en la práctica cotidiana, implican aproximaciones, riesgos, pronósticos e incluso etiologías diferentes que constituyen un desafío para el tratante. En este contexto la Task Force para Trastorno Bipolar en Adultos Mayores de la International Society for Bipolar Disorders (ISBD) [7] divide a los AMTAB en dos grupos, aquellos con un trastorno Bipolar de inicio temprano (EOBD por su sigla en inglés) y aquellos de inicio tardío (LOBD por su sigla en inglés), estableciendo un corte entre ambos grupos a los 50 años.

En los pacientes geriátricos portadores de un TAB se estima que un 90 a 95% presenta un inicio del cuadro previo a los 50 años [4]. Mientras que un 5-10% de los pacientes tiene su primer episodio de manía o hipomanía a una edad igual o superior a los 50 años [7,9].

FIGURA I. Distribución por edad de inicio de Trastorno afectivo bipolar.



Fuente: Schürhoff F, et al. Early and late onset bipolar disorders: two different forms of manic-depressive illness? Journal of affective disorders. 2000; 58 (3): 215-21.

En comparación los pacientes con LOBD respecto de aquellos con EOBD, presentan mayor déficit funcional y psicosocial premórbido, una psicopatología menos severa, más deterioro cognitivo y una mayor asociación a enfermedades orgánicas o cerebrovasculares; mientras que estos últimos tienen con frecuencia mayor asociación con carga familiar de trastornos afectivos, mas episodios depresivos o mixtos y más uso de sustancias comórbido [4,12,13,16,17].

Desde un punto de vista imagenológico los pacientes con LOBD presentarían una mayor asociación con presencia de hiperintensidades en sustancia blanca en región parietal profunda y ganglios de la base en comparación con controles sanos o pacientes con EOBD [18]. Lo anterior se suma al hecho de que si bien los Infartos cerebrales silentes (lesiones cerebrales isquémicas sin un síndrome clínico asociado) están presentes en más de la mitad de los AMTAB, este hallazgo es especialmente frecuente en los pacientes con LOBD, llegando a más de un 60% en su caso [17]. Lo anterior apunta a un factor cerebrovascular-neurológico asociado al desarrollo de un TAB después de los 50 años, sugiriéndose una hipótesis similar a la de la depresión vascular (relación entre injuria cerebral y depresión subsecuente) [15].

El TAB en Adultos Mayores es un gran desafío Diagnóstico. Los clínicos deben estar atentos y considerar posible su diagnóstico en pacientes geriátricos con episodios depresivos recurrentes. La evaluación de ancianos sin historia previa de manía debe incluir una evaluación cuidadosa de la historia familiar y de episodios previos. Con frecuencia episodios maníacos (o hipomaníacos) anteriores son mal diagnosticados, especialmente cuando corresponden a una manía (o hipomanía) irritable o cuando aparecen en el post parto en al caso de las mujeres [15].

Frente al escenario de un paciente con un diagnóstico previo de un trastorno depresivo mayor recurrente (TDMR), que presenta un episodio de exaltación a la edad de 50 años o más, lo más importante es realizar una historia anímica detallada y cuidadosa, (idealmente una carta de vida) y contrastarla con una entrevista con un tercero relevante (pareja, hijos, hermanos, etc.). De lograr pesquisarse hipomanías o manías anteriores, nos encontraremos frente a un paciente con EOBD y en consecuencia se manejará como TAB habitual, con menor sospecha y riesgo de presentar un cuadro secundario. Si por el contrario, el paciente debuta con un episodio de exaltación anímica con una edad de 50 años o más, y su historia anímica, carta de vida y evaluación con colateral descartan la presencia de una patología anímica previa, deberá manejarse con un alto índice de sospecha de un cuadro secundario y se deberá realizar estudio médico-neurológico mucho más cuidadoso, detallado y riguroso.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE EXALTACIÓN

Los pacientes adultos mayores que presentan un primer episodio de manía a esta edad, requieren de una historia médica detallada que incluya el eventual inicio de fármacos recientes por otros especialistas (corticoides, antidepresivos por un reumatólogo, etc.) o el uso de medicinas alternativas (hierba san Juan, derivados de cannabis, etc.). Una evaluación médica adecuada requiere de un examen físico y neurológico y debe además incorporar exámenes de laboratorio que incluya al menos: hemograma, función tiroidea, estudio metabólico, screening de drogas, imágenes cerebrales (RNM o TAC) y de ser necesario un Electroencefalograma [15]. En algunos, y dependiendo de la condición clínica, podría requerirse además la medición de Vitamina B12, Ácido Fólico y Vitamina D.

La alta prevalencia de comorbilidad con cuadros médicos o neurológicos con frecuencia puede llevar a diagnosticar erróneamente cuadros Bipolares categóricos (tipo I o II) como "secundarios a condición médica".

Al mismo tiempo la falta de consenso entre clínicos en cuanto a la nomenclatura utilizada pudiera implicar que un cuadro de características idénticas se catalogue por el psiquiatra como una manía secundaria y por el neurólogo como un Síndrome de desinhibición [11].

En algunos casos pudiera existir una sobreposición entre el diagnóstico de Manía y Delirium, lo que requiere una observación clínica cuidadosa, prestando especial atención a cambios súbitos en orientación, en nivel de conciencia, memoria y/o lenguaje, los que son más bien orientadores de delirium que de manía [11].

MANÍA SECUNDARIA

Se define como manía secundaria, a aquella que emerge como el resultado directo de un factor orgánico conocido [12]. Otra definición sería la manía que aparece debido a una condición médica, neurológica o a una medicación [10]. Ocurre generalmente en ausencia de historia psiquiátrica individual o familiar previa, y si bien puede aparecer a cualquier edad, es más común en pacientes mayores (y aparentemente más en mujeres que en hombres), lo que podría explicarse por un aumento en la prevalencia de condiciones médicas y uso de fármacos que las generen. Sin embargo, siempre se debe buscar la vulnerabilidad anímica, puesto que la mayoría de los pacientes con estas condiciones no presentan manías, siendo en proporción más bien infrecuentes [4,10,15]. Pese a que el DSM 5 en su apartado referente a los episodios anímicos permite el especificador" debido a condición médica"1, la interacción entre manía y factores somáticos no es aun totalmente comprendida [4].

Dentro de las causas más frecuentes de manía secundaria que debemos considerar se encuentran las alteraciones tiroideas, los síndromes de agitación o desinhibición relacionados a demencia, causas farmacológicas (los más importantes: corticoides, agentes dopaminérgicos, antineoplásicos, estimulantes; también descrito para inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, descongestionantes y broncodilatadores, ranitidina, cimetidina, ciclobenzaprina, metoclopramida, suplementos tiroídeos, terapia

de remplazo hormonal, isoniazida, amantadina, etc.) y toxinas. Algunas causas pesquisables por neuroimágenes a tener en cuenta incluyen encefalomalacia, tumores cerebrales, eventos cerebrovasculares (en especial lesiones en hemisferio derecho o en circuito órbito-frontal), infartos vasculares silentes o injuria cerebral traumática [10, 11, 15]. El tratamiento de la manía secundaria dependerá de la causa, y una vez detectada esta, se comenzará por corregir o eliminar el agente injuriante e iniciar un manejo sintomático, sugiriéndose por algunos autores una mejor respuesta a anticonvulsivantes. El tratamiento debería ser de manera temporal y su retiro de forma gradual, en la medida que se ha controlado la causa del cuadro [10].

MANÍA COMO SÍNTOMA DE DEMENCIA

En adultos mayores, dependiendo de la zona en la que se ubique la neurodegeneración, la manía pudiera ser síntoma de una Enfermedad de Alzheimer o de Demencia de tipo Vascular. La desinhibición por otro lado es un síntoma central de la variante conductual de la Demencia Fronto-Temporal. Según el consenso internacional de criterios Diagnóstico para esta variante, se requieren tres de los siguientes criterios para su diagnóstico: desinhibición, apatía, comportamiento compulsivo o estereotipado, pérdida de la empatía, hiperrealidad y déficits ejecutivos. Si bien la potencial causa de un cuadro de demencia puede ser determinada por neuroimágenes o por estudio de biomarcadores en LCR, el diagnóstico diferencial de DFT actualmente se basa en el juicio clínico. En un Síndrome Frontal la presencia de un diagnóstico psiquiátrico previo, género masculino, relativa ausencia de estereotipias, y la presencia de síntomas depresivos son predictores de un origen psiquiátrico más que de una variante conductual de una Demencia Fronto-Temporal [4].

MANÍA SECUNDARIA A CAUSA NEUROLÓGICA

Tanto episodios maníacos (o hipomaníacos) como depresivos pueden emerger en ciertas condiciones neurológicas. Se describe que en un 1% de pacientes con AVE y en un 2 a 12% de pacientes con trastornos del movimiento (especialmente en enfermedad de Huntington) se presentarían episodios maníacos, los que también pueden encontrarse en pacientes con diagnóstico de Epilepsia, infecciones cerebrales, tumores cerebrales, post operados de Neurocirugías y aquellos con daño cerebral de causa traumática. Pudiendo tardar en algunos casos hasta un año en aparecer la manía, luego de la injuria [4].

Se ha asociado también la presencia de lesiones focales en el hemisferio derecho con episodios maníacos secundarios. El diferenciar un síndrome de desinhibición frontal de una manía puede resultar muy difícil cuando se da en el contexto de un TAB (especialmente LOBD), pudiendo ser de ayuda el hecho de que esta última es mejor caracterizada por elevación del ánimo y disminución de la necesidad de dormir más que por una alteración del patrón de sueño. La presencia de genética familiar de trastorno

anímico en cualquiera de las condiciones expuestas previamente, puede ser un indicador de que la causa somática gatilló una predisposición bipolar existente [4].

Caso clínico

La Sra C, pedicurista, de 58 años, es traída a consultar por su hija por presentar un cuadro clínico de dos semanas de evolución caracterizado por irritabilidad, hiperactividad, verborrea, insomnio de conciliación y mantención, taquipsiquia, labilidad emocional, distractibilidad y mucha angustia, asociados a ideas de daño y perjuicio. Se solicitaron diversos exámenes incluidas pruebas imagenológicas, todas negativas, se realizó una historia anímica con la paciente y su hija que concluyó la presencia de tres episodios depresivos previos el primero a los 30 años tras el tercer post parto. No se encontró evidencia de episodios compatibles con exaltación previa. En cuanto a genética aparece el antecedente de su hija portadora de un TAB II y un hijo con un cuadro diagnosticado como un TDAH con mala respuesta a tratamiento. La Sra C. no se encontraba recibiendo ningún tratamiento médico y se descartó el uso de drogas. Como antecedente presentaba crisis de cefalea esporádicas pero muy intensas desde su adolescencia, tratadas en general con AINEs SOS o con ergotamínicos muy ocasionalmente. Se estableció el diagnóstico de un episodio Maníaco, con sospecha de un TAB I y se inició tratamiento con antipsicóticos y estabilizador del ánimo, con buena respuesta.

Tres meses después, su hija, portadora de un TAB II y también de cefaleas a repetición, recibe por un "status migrañoso" tratamiento EV con corticoides, presentando un episodio de exalatación posterior. Tras esto aparece el antecedente de uso de corticoides EV en la Sra C. por la misma causa, en los días previos al inicio de su cuadro maníaco.

COMORBILIDADES

Cuando se estudia el TAB en poblaciones no separadas por edad, las comorbilidades psiquiátricas son muy frecuentes, especialmente los trastornos por abuso de sustancias y los trastornos ansiosos. Sin embargo, estas son en general menos frecuentes en los pacientes AMTAB, para los que se estiman las siguientes prevalencias: Trastornos por Abuso de Sustancias 13 a 38%, Alcoholismo 38,1%, Distimia 15,5%, Trastorno por Ansiedad Generalizada 20,5%, Trastorno de Pánico 19%. Son de especial importancia las dos primeras, ya que tienen una alta asociación a una peor evolución y a un mayor número de internaciones psiquiátricas en pacientes geriátricos. Por género, en estos pacientes existe una mayor prevalencia de alcoholismo en hombres y de Trastornos Ansiosos en mujeres [4,10 - 12,15].

Los AMTAB en general presentan una mayor prevalencia y severidad de alteraciones cognitivas, más condiciones médicas comórbidas, y mayor relación con enfermedades neurológicas [4, 13]. Un 81,2% tiene al menos una comorbilidad médica (con 3 a 4 en promedio), y un 20% tendría siete o más, con mayor probabilidad de presentar un

diagnóstico concomitante de síndrome metabólico (la más frecuente en pacientes TAB en general), diabetes mellitus, coronariopatía, algún tipo de Cáncer, alteraciones tiroideas, hipertensión arterial o dolor crónico, comparados con controles. Una consideración aparte requiere la obesidad, que es de muy alta prevalencia en este grupo etario, y aumenta por sí sola el riesgo de presentar cualquier otra comorbilidad médica especialmente hipertensión arterial, diabetes mellitus, artritis, hiperlipidemia o síndrome metabólico [14, 19, 20]. Por otro lado, se estima que las alteraciones neurológicas están presentes en un amplio número de pacientes AMTAB, con valores entre 12 a 43% (con una media de 23,1%) [12].

La presencia de alguna Comorbilidad médica asociada resulta relevante por muchas razones. La primera es su asociación a una peor evolución. También es esencial tenerlas en consideración porque pueden dificultar el tratamiento, ya sea por una menor tolerancia a efectos secundarios, por la existencia de interacciones farmacológicas entre drogas o por la alteración del metabolismo de estas [11].

ALTERACIONES COGNITIVAS

Si bien las alteraciones cognitivas en pacientes TAB en eutimia, especialmente las fallas en memoria verbal, atención y funciones ejecutivas, han sido bien documentadas, se cuenta con pocos estudios específicos en AMTAB [15]. Al respecto, la información disponible señala que aproximadamente la mitad de los pacientes con TAB en eutimia mayores de 60 años presentarían déficit neuropsicológicos o cognitivos, primariamente en los dominios de atención, flexibilidad cognitiva, memoria verbal, fluencia semántica (generar palabras pertenecientes a una categoría en particular) fluencia verbal (generar palabras que comiencen con una letra determinada) y enlentecimiento psicomotor, en comparación con controles sanos. Los hallazgos descritos no tendrían una relación demostrable con la edad de inicio, duración de la enfermedad o exposición a tratamiento [4, 7, 15].

Un hecho bastante documentado en la literatura es la observación de que a mayor número de episodios anímicos mayor deterioro cognitivo respecto de pacientes con un solo episodio, o controles sanos [10, 15]. En este sentido, se ha encontrado un aumento del riesgo de demencia en pacientes portadores de un TAB (HR 2.3) [5], en especial con demencia de inicio antes de los 65 años [21], el que sería mayor cuando la enfermedad tiene cinco o más años de evolución, o cuando el diagnóstico de TAB se realiza por primera vez a los 70 años o más [5]. Este aumento del riesgo sería similar independiente del género (OR 4.32) [21]. Un dato interesante a considerar es que la asociación es específica con el TAB, y no con la mera presencia de síntomas depresivos, salvo cuando estos comienzan tardíamente, siendo en esos casos aparentemente la manifestación inicial de alteraciones cognitivas posteriores [22]. Estos hallazgos, sumados a descripciones de aumento progresivo del número de episodios en el tiempo y a una resistencia al tratamiento en algunos pacientes, dio pie a la instalación del concepto de

neuroprogresión, que implicaría una serie de fenómenos asociados a cambios cerebrales producto de la densidad de episodios que conduciría al deterioro del paciente, asimilando en ese sentido al TAB, al menos conceptualmente, con una enfermedad Neurodegenerativa. A su vez, esta aproximación teórica, trajo consigo la instalación de un modelo de etapificación (staging) de los TAB, con implicancias pronósticas y terapéuticas. Si bien esta idea, que resulta muy atractiva y potencialmente útil, fue muy valorada a inicios de esta década, progresivamente ha ido perdiendo fuerza en la medida que sus hallazgos no han sido sustentados en la evidencia y lo han transformado hoy en un concepto controversial [23-25].

Algunos datos que aportan en el sentido opuesto de esta concepción es el hecho clínico de que, si bien los pacientes portadores de un TAB tienen más riesgo de demencia, la mayoría de ellos no evolucionan a demencia. Por otro lado aun cuando las alteraciones cognitivas son más frecuentes en AMTAB que en controles sanos, estas no se comportan de manera homogénea, siendo más severas en pacientes con LOBD que en aquellos con EOBD [26, 27] apuntando en la línea de que la llamada "reserva cognitiva" podría reducirse al interactuar con otros mecanismos neuropatológicos (enfermedades vasculares, diabetes, etc.) y no solo con la condición de TAB para acelerar el proceso de deterioro cognitivo [27].

Por otro lado, un estudio reciente de Martino [28] con un seguimiento por seis años muestra efectivamente una relación entre el número de episodios y la presencia de mayores déficits cognitivos en los pacientes estudiados (n=51). Sin embargo, no es claro que dichas alteraciones cognitivas progresen al existir más episodios, sino más bien estos pacientes presentarían un deterioro que se comporta de forma similar al de controles sanos, existiendo una relación entre gravedad de la enfermedad (manifestada como tiempo enfermo) con alteraciones cognitivas, pero no una relación entre progresión de alteraciones cognitivas con numero de episodios [28]. Dicho de otra forma, si bien existe una mayor alteración cognitiva en los pacientes que presentan más episodios anímicos, no puede asegurarse que estos déficits progresen más que en la población control, ni puede descartarse que por tener más alteraciones cognitivas su enfermedad anímica se manifieste más gravemente, y no a la inversa.

Frente a esta evidencia resulta recomendable que, de contar con los recursos adecuados, los pacientes AMTAB sean evaluados neuropsicológicamente al inicio del tratamiento (e idealmente en eutimia) y de forma periódica [4], para tener una línea de base de su funcionamiento cognitivo y más tarde poder comparar ante la aparición de síntomas o de quejas subjetivas del paciente o de su entorno en esta área. Siempre que aparezcan alteraciones cognitivas o que estas cambien respecto de la línea de base del paciente, debe descartarse una causa secundaria y no asumir a priori que esto es consecuencia del trastorno del ánimo.

Caso clínico

La Sra. I, de 65 años, portadora de un TAB I, asociado a una caracteropatía severa, en tratamiento con litio, quetiapina, lamotrigina y clonazepam de larga data, acude a control

luego de un período de algo más de un año sin consultas con tratante. Es traída por su familia por presentar hace algunos meses sintomatología depresiva leve a moderada, asociada a quejas cognitivas progresivas, específicamente dificultades en fluencia verbal y atención. Consultó previamente con especialista, que descartó una demencia y recomendó retomar tratamiento con psiquiatra. Al evaluar paciente refiere uso irregular de medicación, por lo que se reinstala adecuadamente y se solicita traer los exámenes recientemente realizados. Al control posterior se constata un empeoramiento del cuadro anímico, con alteraciones cognitivas severas, que ahora comprometían su funcionalidad, por lo que se solicita evaluación neuropsicológica y se solicita RNM de cerebro la que muestra masa compatible con tumor cerebral.

SUICIDIO

El alto riesgo de suicidio en pacientes portadores de un TAB es un hecho ampliamente documentado, estimándose que un 6 a 7% de quienes presentan el diagnóstico de TAB muere por esta causa, siendo la fase depresiva, y en especial cuando se presenta con síntomas mixtos, el período más riesgoso [20]. Respecto de los Adultos Mayores existe información contradictoria señalándose un aumento de riesgo por algunos autores y su disminución según otros [14]. Sin embargo, los estudios en población con TAB de edad mixta muestran una mayor tasa de suicidios consumados en menores de 35 años, lo que pudiera parecer contradictorio si se piensa que el ser adulto mayor aumenta este riesgo al igual que tener un trastorno bipolar, y que entonces frente a ambos hechos el efecto debería ser sumatorio, lo que en la práctica no ocurre. Una explicación al respecto es que los AMTAB con EOBD presentan menores tasas de suicidio porque presumiblemente pasan a ser una “cohorte sobreviviente”. Respecto de los AMTAB con LOBD, el suicidio no ha sido suficientemente estudiado [11, 13]. En relación a las características de los intentos suicidas, se ha asociado una mayor letalidad de estos a los pacientes AMTAB [20].

En cuanto a los gatillantes, se describe una relación entre el número de enfermedades médicas asociadas al TAB y el riesgo suicida estimado. Por otro lado, el empeoramiento de condiciones médicas comórbidas potencialmente podría ser un factor para aumentar la suicidalidad en AMTAB [11, 15].

TRATAMIENTO

Al igual que en el abordaje terapéutico de otras condiciones médicas, el tratamiento del TAB debe contemplar el chequear y corregir los factores del estilo de vida que puedan interferir en la evolución del cuadro, educando a los pacientes respecto de mejorar o suspender aquellos hábitos que tengan un rol negativo y de instalar o estimular aquellos con efecto positivo en la enfermedad. En este sentido el explicar cuidadosamente la

importancia de mantener regulado el ciclo de sueño y ritmos biológicos, evitar (o suspender) el consumo de sustancias (incluido el tabaco) y mantener un patrón de actividad física regular son intervenciones muy importantes para mantener un adecuado control de la patología anímica.

Un principio fundamental a considerar en el tratamiento de cualquier cuadro es el de "primero no hacer daño". Es por ello que debe tenerse siempre en mente los efectos secundarios de las intervenciones que realicemos antes de prescribirlas, ya sea para evitarlos o para pesquisarlos precozmente. Por ejemplo, ante la alta frecuencia de alteraciones cognitivas que presentan los AMTAB, debe considerarse evitar fármacos que tengan un efecto negativo en esta área, especialmente aquellos con mucho efecto anticolinérgico [7], o dada la asociación entre antipsicóticos atípicos y Ácido Valproico con aumento de peso y alteraciones metabólicas, el uso de estos medicamentos deberá evitarse en pacientes con otras condiciones en las que lo anterior constituya un riesgo, y si se hace tendrá que acompañarse de un regular y riguroso chequeo del peso y de los exámenes de laboratorio que correspondan [4]. Como concepto general, a manera de monitorizar potenciales efectos secundarios o condiciones médicas subyacentes, se sugiere realizar de manera inicial, y luego periódica las siguientes pruebas: Hemograma, función hepática, perfil bioquímico, perfil lipídico, función renal, electrolitos plasmáticos, función tiroídea y electrocardiograma, dependiendo de los fármacos en uso, además de los chequeos de niveles plasmáticos de droga, cuando correspondan [4,20].

Dado que, como se mencionó anteriormente, la comorbilidad con alteraciones cardiometabólicas, endocrinológicas y respiratorias son muy frecuentes en AMTAB, la monitorización cuidadosa del paciente tiene la doble ventaja de detectar y/o aportar al manejo de estas patologías, como disminuir la morbimortalidad derivada de la incidencia de reacciones adversas o efectos secundarios debidos al tratamiento [4,29].

El TAB es una patología compleja, que presenta una evolución de largo plazo (crónica) caracterizada en general por períodos de actividad de la enfermedad (episodios anímicos ya sea depresivos, mixtos o maníacos/hipomaníacos) alternado con períodos de normalidad (recurrente). Si bien el abordaje terapéutico dependerá del momento de la enfermedad al que nos enfrentemos (episodios anímicos, v/s eutimia), no debemos perder de vista que el tratamiento de largo plazo del TAB tiene como objetivos fundamentales retrasar y/o prevenir la ocurrencia de episodios futuros (independiente de su polaridad), reducir e idealmente eliminar la presencia de síntomas residuales, mejorar el funcionamiento social y disminuir el riesgo suicida del paciente [6]. En cuanto a los episodios en sí, el objetivo del tratamiento es disminuir la frecuencia, intensidad y duración de estos, como ya definió M. Schou muy precozmente en 1967 [30]. Por ello debemos plantearnos siempre su abordaje psicofarmacológico teniendo muy en cuenta el momento actual (tratamiento agudo), pero sin olvidarnos de la evolución futura del cuadro (tratamiento de mantención), siendo esta etapa a juicio de algunos expertos, la parte más importante del tratamiento.

Por lo antes descrito la única manera de poder medir la efectividad de nuestro tratamiento será teniendo la mayor claridad posible de la historia anímica del paciente

previo al tratamiento y posterior a este, comparando el número, frecuencia, intensidad y duración de los episodios en ambos escenarios y no la mera ausencia/presencia de episodios anímicos, siendo de especial utilidad para ello el uso de registros anímicos (o cartas de vida) tanto retrospectivos como prospectivos, que nos darán la visión panorámica necesaria para el tratamiento de este cuadro.

Un factor que no puede dejar de considerarse al momento de iniciar un tratamiento psicofarmacológico en un AMTAB, son los cambios inherentes de la edad en aspectos farmacodinámicos (la acción de la droga en el cuerpo) entre los que se cuentan una disminución en los receptores de Dopamina D2, en el número de neuronas dopaminérgicas y colinérgicas, en la respuesta mediada por receptores ß-adrenérgicos, así como un aumento de la sensibilidad del sistema gamaminérgico a las benzodiazepinas; y farmacocinéticos (el impacto de la condición corporal en la concentración del medicamento en el sitio de acción), por ejemplo una disminución en el flujo sanguíneo intestinal, esplácnico y hepático, en la masa hepática, en la tasa de filtración glomerular y secreción tubular, pérdida de masa corporal y albúmina plasmática y aumento en el tejido adiposo. Todo lo anterior con potenciales efectos en la vida media de los medicamentos, concentraciones plasmáticas y unión a proteínas. Estos cambios fisiológicos, sumados a las enfermedades comórbidas y los efectos e interacciones de los fármacos utilizados para ellas, podrían aumentar la vulnerabilidad de los ancianos a los efectos secundarios y afectar la respuesta clínica al tratamiento [10].

En relación al tratamiento farmacológico del TAB, existe poca evidencia sustentada en estudios realizados específicamente en adultos mayores, en general la información proviene de extrapolaciones de poblaciones jóvenes, que con frecuencia son estudios clínicos que excluyen las llamadas “poblaciones especiales”, concepto que deja fuera a los pacientes con 65 años o más. Otra fuente de datos la constituyen análisis secundarios de otros estudios, o de estudios no controlados, retrospectivos, de etiqueta abierta o con tamaños muestrales muy pequeños. Acudiendo a este tipo de fuentes, puede plantearse que los medicamentos eficaces para los pacientes portadores de un TAB, lo son también para los AMTAB [4, 7]. Respecto del uso de psicofármacos en adultos mayores, un estudio financiado por el NIMH mostró que mientras a menudo los pacientes mayores son tratados con dosis más bajas para optimizar tolerabilidad y prevenir efectos secundarios, algunos AMTAB requieren niveles plasmáticos de drogas similares a los de sus contrapartes jóvenes para alcanzar la remisión [4]. En este sentido datos extraídos del estudio STEP BD muestran que, al comparar con pacientes más jóvenes, los mayores de 60 (e incluso de 50 en el caso del litio) utilizan en promedio dosis más bajas de Litio, Ácido Valproico y Risperidona, no observándose este fenómeno con otras psicotrópicos utilizados para el tratamiento de TAB [31].

Por definición el tratamiento de TAB requiere como base de al menos un fármaco estabilizador del ánimo (Litio, anticonvulsivantes-estabilizadores o atípicos), siendo desaconsejado el uso de antidepresivos en monoterapia dado el riesgo de viraje a manía/hipomanía y de inestabilidad en el largo plazo [11, 32]. Si bien el tratamiento se plantea en general de acuerdo a la fase de la enfermedad a la que nos enfrentamos, sea

esta un episodio maníaco, depresivo o mixto, o en eutimia, la elección de la medicación debe hacerse pensando en su uso a largo plazo. Es decir, debemos considerar un fármaco eficaz para la etapa en la que nos encontremos, pero que prevenga episodios futuros, y que de acuerdo a su perfil de seguridad y tolerabilidad sea sostenible en el tiempo por parte del paciente [20].

La base de todo tratamiento de un paciente portador de un TAB, independiente de la edad debe sustentarse en el concepto de estabilizar sin desestabilizar (principio a tener en cuenta, por ejemplo al decidir usar o no un antidepresivo), y no olvidando que si bien la etapa aguda es compleja, la administración correcta de la eutimia y de la fase de mantención es todo un desafío, o dicho de otro modo, la corrección del episodio por el cual el paciente consulta, es solo la parte inicial del tratamiento.

Caso clínico

El Sr. I, de 60 años, consulta por cuadro de larga data caracterizado por episodios depresivos recurrentes, en el contexto de un temperamento ansioso y rasgos de personalidad obsesivos. Al momento de su evaluación presentaba intensa angustia, tristeza, anhedonia, desánimo, anergia, insomnio de conciliación y mantención con activación nocturna, irritabilidad, distractibilidad, ideas pasivas de muerte, incapacidad de tomar decisiones, aumento de apetito por carbohidratos y gran compromiso funcional, todo ello con tres años de evolución, pese a distintos tratamiento antidepresivos (ISRS y duales) en dosis y tiempos adecuados. El Sr I se encontraba en tratamiento con enalapril e hidroclorotiazida por una HTA y tenía historia familiar de un hijo con diagnóstico de TDM y una hermana con Tr Esquizoafectivo. Al realizar su carta anímica se constatan episodios depresivos a los 20, a los 39, a los 49, a los 55 y a los 57 años. Sin evidencia de episodios de exaltación los que fueron buscados dirigídamente. Se solicitan exámenes de laboratorio y RNM de cerebro que no muestran alteraciones. Por la genética, por la mala respuesta a diversos esquemas antidepresivos, la alta recurrencia de episodios depresivos y por su edad de inicio se decide tratar como un cuadro del espectro bipolar e intentar uso de lamotrigina y antipsicóticos atípicos y se retiran gradualmente los antidepresivos, presentando respuesta parcial. En un rechequeo de historia anímica en controles posteriores, aparece período en medio de episodio actual, caracterizado por mayor actividad y eficiencia en el trabajo, mayor autoestima y autoconfianza, impulsividad en las compras, en lo laboral y en juegos de azar, mayor disfrute, mayor sociabilidad, taquipsiquia y mejor ánimo del habitual, con una sensación de especial bienestar. Se plantea el diagnóstico de un TAB II y se decide iniciar tratamiento con litio (previa coordinación con internista), frente al cual presenta una remisión del cuadro

MANÍA EN AMTAB

Existe consenso en que los fármacos de primera línea para el tratamiento del TAB en general lo constituyen el litio, valproato y algunos antipsicóticos atípicos [20]. Considerando lo anterior, frente a un episodio maníaco en un AMTAB, se sugiere

intentar primero con monoterapia con litio o en su defecto valproato, y de no existir una respuesta adecuada o de no ser tolerado, considerar utilizar en su lugar o añadir (si existiera respuesta parcial) quetiapina, asenapina, aripiprazol o risperidona [4]. Si bien olanzapina se considera como un fármaco con evidencia de buena respuesta, al momento de su elección debe considerarse cuidadosamente el mayor riesgo asociado de alteraciones metabólicas [20]. Mientras que carbamazepina y gabapentina podrían ser consideradas como opciones de fallar todo lo anterior. En el caso de episodios refractarios debe considerarse el uso de clozapina o terapia electroconvulsiva (TEC) [4]. Como estrategia, dado que en el TAB tiende a predominar la presencia de síntomas depresivos, se debe considerar en la elección del tratamiento para la manía, de ser posible, medicamentos que tengan efecto protector contra la depresión (litio, valproato, lurasidona, quetiapina, aripiprazol, etc.), para el manejo en largo plazo [4].

DEPRESIÓN BIPOLAR EN ADULTOS MAYORES.

La importancia del adecuado tratamiento de la depresión bipolar, radica no solo en la complejidad de su manejo, sino en el hecho que constituye la manifestación predominante del cuadro, en efecto si se considera su manifestación sindromática y subsindromática, los pacientes portadores de un TAB experimentan síntomas depresivos la mitad de sus vidas. Para el tratamiento de primera línea de la depresión bipolar, se consideran con mejor evidencia quetiapina, litio, lamotrigina, lurasidona, o los dos últimos en combinación con litio/valproato [20].

Como se dijo anteriormente la información específica para AMTAB es escasa. De los datos disponibles, puede señalarse que análisis secundarios de estudios de pacientes TAB de edades mixtas y estudios no controlados, sugieren un efecto positivo de litio, lamotrigina y quetiapina en AMTAB. Existe también un estudio pequeño con efecto positivo de aripiprazol en reducción de síntomas depresivos, con dosis de 10+-5mg [10, 11, 15].

TRATAMIENTO DE MANTENCIÓN

En general, para el tratamiento de mantención en el TAB, se consideran como agentes de primera línea litio, lamotrigina, valproato, quetiapina, risperidona, aripiprazol y asenapina, o la combinación de quetiapina ó aripiprazol + litio ó valproico. Si bien los datos de olanzapina en mantención son positivos, se excluye de la primera línea de tratamiento por el mayor riesgo de efectos secundarios, especialmente metabólicos [20]. Sin embargo, los estudios específicos para AMTAB son escasos. Pese a lo limitado de la información relativa al tratamiento de mantención en adultos mayores, existen distintos reportes de respuesta positiva con lamotrigina y litio [15]. En un análisis retrospectivo de un estudio comparativo entre lamotrigina y litio en población de edad mixta, se analizó la respuesta de AMTAB I a ambos fármacos v/s placebo. Los resultados muestran una aparente mayor eficacia de lamotrigina para prevenir episodios depresivos y de litio para

prevenir episodios hipomaníacos o maníacos en población geriátrica [33]. En cuanto a los otros medicamentos recomendados para esta etapa en población joven, su eficacia y tolerabilidad no ha sido adecuadamente estudiada en AMTAB [11]

A continuación, revisaremos la evidencia disponible para AMTAB de algunos de los fármacos más importantes que se dispone para tratar las distintas fases del cuadro.

Litio

El litio es sin lugar a dudas el principal agente para el tratamiento TAB, independiente de su fase [20, 29], existiendo datos de efecto positivo en depresión bipolar, extrapolados de estudios en población de edad mixta [7] y estudios aleatorizados en manía o hipomanía en adultos mayores con resultado positivo [4], así como evidencia positiva para disminuir el riesgo de recaída a episodios de exaltación o mixtos, siendo por lo tanto un medicamento considerado como efectivo y bien tolerado [33]. Por ello en AMTAB debe ser visto como un agente de primera línea. Por otro lado, son bien conocidos los datos que apuntan a un efecto antisuicidal por parte de este fármaco, y si bien no existen estudios randomizados que lo confirmen, su potencial utilidad en este sentido juega a su favor al momento de prescribirlo [7]. Algo distinto ocurre con su potencial efecto neuroprotector para disminuir el riesgo de enfermedad de Alzheimer sugerido por algunos estudios, ya que las importantes limitaciones metodológicas que presentan, sumada a la poca evidencia al respecto no permiten asumir esto como una recomendación para tratar o prevenir alteraciones cognitivas en pacientes AMTAB [7, 20]. Además de este efecto, otros estudios han encontrado una asociación entre el uso de litio y la disminución del riesgo de cáncer y de accidentes cerebro vasculares [20].

Un dato interesante es que en el estudio STEP-BD, al comparar a los pacientes de 50 años o más con el resto, los primeros tendían a utilizar en promedio dosis más bajas de litio, por otro lado, se encontró que un porcentaje mayor de pacientes de 60 años o más lograba estabilizarse utilizando este fármaco como tratamiento único respecto de la cohorte más joven (42,1 v/s 21,3%) [31]. Estos datos hacen pensar que de ser bien tolerado y no existir contraindicaciones para su uso, debería considerarse el litio como primera alternativa dada la alta probabilidad de constituirse como monoterapia efectiva, siendo el candidato ideal para uso de litio aquel adulto mayor con una manía clásica y sin (o mínimas) alteraciones cognitivas [10].

Los principales efectos secundarios reportados por ancianos usuarios de litio incluyen: xerostomía, cefalea, mareos, diarrea, naúseas, fatigabilidad [33], alteraciones cognitivas, ataxia, dispraxia, alteraciones de la marcha, temblor, alteraciones en frecuencia miccional o deterioro de función renal, hipotiroidismo, aumento de peso, empeoramiento de artritis, rash, edema periférico y empeoramiento de enfermedades a la piel preexistentes [10, 11, 34]. Se ha descrito que pacientes usuarios de Litio, por años, incluso décadas, pueden desarrollar una intolerancia progresiva a la droga [10].

También se ha descrito, que litio puede aumentar el riesgo de prolongación anormal de QT, estimándose que hasta un 60% de los AM en tratamiento con litio podrían tener anormalidades en el Electrocardiograma [20].

Se considera a la población AMTAB con un riesgo particular de presentar efectos colaterales con litio, al tener un menor volumen de distribución, un clearence de creatinina disminuido y una reducción de la eliminación de litio en un 25%, generando una propensión a que aumente la vida media y que las concentraciones de litio sean más altas [10, 15, 35]. Pese a esto, su uso en pacientes ancianos, con enfermedad renal, cardiovascular o demencia no está contraindicado, sin embargo, implica una cuidadosa evaluación clínica, con una titulación lenta y medición de litemias frecuentes [10]. Se sugiere iniciar con dosis 150 mg en promedio (75 a 300 mg según la condición del paciente) y luego titular con incrementos de 75 a 300 mg cada 5 días [4,10], prefiriendo formulaciones de liberación inmediata [35]. En cuanto al nivel plasmático, se recomienda mantenerlo más bajo de lo habitualmente indicado para población joven, considerándose útiles niveles de 0,4 a 0,8 e incluso 0,4 a 0,6 en mayores de 80 años [10, 20, 35]. Se deben realizar mediciones de litemia y función renal cada 3 a 6 meses y 5 a 7 días después de cada ajuste de dosis o luego de indicarse uso de fármacos que interactúan con litio [29, 35].

La toxicidad aguda por litio ha sido descrita en adultos mayores en un 11 a 23% [10], y se calcula una incidencia de 1,5% pacientes por año en esta población. Aporta al mayor riesgo de toxicidad aguda, aparte de los factores farmacocinéticos mencionados previamente, la vulnerabilidad dada por las comorbilidades médicas y la interacción con diversos fármacos, especialmente IECA, diuréticos de asa, que constituyen un factor de riesgo específico para la intoxicación aguda, así como también los AINEs (incluidos los inhibidores de la COX 2), tiazidas o bloqueantes de canales de calcio no dihidropiridínicos (verapamil y diltiazem), estos últimos además pueden aumentar el riesgo específico de neurotoxicidad [7, 10, 11, 35].

El uso de litio se asocia al doble de riesgo de desarrollar enfermedad renal crónica en usuarios mayores de 65 años [20] y el riesgo aumenta frente a antecedentes de deterioro previo de la función renal (considerar especialmente HTA y DM), intoxicación previa por litio, o presencia de poliuria [35]. Para su monitoreo se requiere medir los niveles de creatininemia e idealmente la tasa de filtración glomerular cada 3 a 6 meses. Dado que el descenso en la TFG en adultos mayores decae paulatinamente (con un 37% de pacientes sobre los 70 años que tienen valores iguales o inferiores a 60mL/min por 1,73m2) no existe un corte claro respecto de cuándo suspender el uso de litio, sin embargo se debería consultar con nefrólogo si el valor decae en más de 5mL/min 1,73m2 en un año o 10 en 5 años, lo mismo si se pesquisan valores de menos de 45mL/min en 2 medidas consecutivas [20].

Lamotrigina

Los datos de lamotrigina en población geriátrica señalan que es un fármaco efectivo en mantención, con evidencia para disminuir el riesgo de recaída a cualquier episodio anímico, pero especialmente a depresión [33]. En cuanto a depresión bipolar un estudio en AMTAB a quienes se adicionó lamotrigina (dosis media de 150 mg) a su tratamiento de base, la respuesta y remisión fue de un 65 y 57% respectivamente [7].

Se debe tener en consideración que el clearence hepático para la droga se reduce en un 37% y el volumen de distribución en un 12% [10]. Se sugiere iniciar con 25 mg y aumentar la dosis cada dos semanas, al valor de la población general con TAB, es decir entre 50-200 mg/día [10].

Los efectos secundarios más frecuentes descritos en ancianos incluyen cefalea, dolor de espalda y nauseas [10, 33]. En cuanto a las reacciones alérgicas, los datos en población de edad mixta señalan que el rash benigno tiene una incidencia aproximada de 11% mientras que el rash severo 0,1%. La probabilidad de presentar esta reacción adversa aumenta con una rápida titulación, con una dosis inicial alta o cuando se utiliza en conjunto con ácido valproico [20].

Ácido valproico

Diversos artículos plantean que esta molécula, presentaría efecto positivo y sería bien tolerada en AMTAB [10, 11, 34], contando con datos extrapolados de estudios en población de edad mixta que señalan su utilidad en depresión bipolar [7]. Su uso en manía en adultos mayores, se basa en estudios no controlados [4], algunos de los cuales muestran una mejoría en el 59% de los individuos, con dosis entre 250 y 2250 mg/día y niveles plasmáticos de 25 a 125 mcg/ml [36]. Algunos autores consideran que los anticonvulsivantes como el valproato podrían tener alguna utilidad especial en pacientes con manías secundarias [20].

Se debe tener en consideración que en ancianos el clearence de ácido valproico puede reducirse hasta en un 39% y la fracción libre de valproato sérico puede aumentar en un 44%, lo que debe ser considerado al evaluar el nivel plasmático, el que podría no ser un fiel reflejo del nivel de droga “activa” circulante o en el sitio de acción [10, 15]. Los estudios en población más joven recomiendan concentraciones plasmáticas entre 50 y 120. Estudios en población mayor han encontrado mejores tasas de respuesta con concentraciones entre 65 y 90 mcg/ml en comparación con niveles ente 45 y 65 [10,15,36]. Se sugiere comenzar con dosis más bajas en AMTAB, por ejemplo, 125-250 mg/noche. Luego titular de acuerdo a la efectividad y tolerabilidad de 125 a 250 mg cada 2 a 5 días [4, 10].

En ancianos se sugiere chequear los niveles plasmáticos de la droga regularmente y prestar especial atención a las interacciones farmacológicas en especial con aspirina, warfarina, digoxina fenitoína y lamotrigina [7, 11].

En cuanto a los efectos secundarios, los más comunes incluyen nauseas, síntomas gastrointestinales, somnolencia, ganancia de peso importante, siendo menos comunes caída del cabello, trombocitopenia y elevación de las enzimas hepáticas [10]. Como efectos secundarios severos, pero infrecuentes, se contemplan pancreatitis y hepatitis, sin embargo, se ha visto una aparente disminución del riesgo de presentarlas con la edad [10+ Especial atención se debe tener con la encefalopatía por hiperamonemia, que en ancianos puede aparecer aún con niveles normales de valproato [7].

Carbamazepina

Aprobada para el tratamiento de TAB por la FDA en 2004 en su formulación de liberación extendida [11], carbamazepina se considera un fármaco de segunda línea en poblaciones de edades mixtas [15, 20]. Si bien no cuenta con estudios controlados en AMTAB [9], existen reportes de casos con respuesta positiva en manía [7] y se plantea que, al igual que valproato, podría tener utilidad en pacientes con manías secundarias [10].

En población geriátrica debe titularse lentamente dado que el clearance y la metabolización del fármaco están reducidas [11]. Se sugiere iniciar con dosis de 100 mg una o dos veces al día, requiriéndose una titulación lenta y gradual en ancianos, con aumentos de 100 a 200 mg al día cada 3 a 5 días para alcanzar una dosis de 400 a 800 mg/día. Se plantea como meta en general alcanzar niveles de 4-12 μg/l [10]. Al igual que en jóvenes la autoinducción de su metabolismo, pudiera implicar una disminución de su vida media de 35-40 h a 12-17 después de 2 a 3 semanas de uso [10].

Los efectos secundarios más comúnmente descritos incluyen somnolencia, mareos, náuseas, ataxia y alteraciones cognitivas. Reacciones adversas menos comunes serían hiponatremia, síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética, rash y agranulocitosis [10].

Antipsicóticos atípicos

La prescripción de antipsicóticos atípicos para el TAB en sus distintas fases es muy frecuente, lo que ocurre también en población geriátrica, con este u otros diagnósticos. En este contexto la FDA, en el 2005 publicó una advertencia para el uso de esta familia de medicamentos en adultos mayores por encontrarse un aumento del riesgo de mortalidad en pacientes con demencia asociado al uso de estos. Estudios posteriores encontraron que este riesgo no solo aumenta con los antipsicóticos atípicos, sino también con los típicos, pudiendo ser incluso mayor con estos últimos [37, 38]. En la misma línea, otros autores reportan un aumento significativo del riesgo de mortalidad en ancianos secundario a arritmias ventriculares, muerte súbita o infarto agudo al miocardio, asociado al uso de antipsicóticos (típicos y atípicos), lo que sería mayor en los primeros días de uso, por lo que se sugiere especial atención en la fase inicial tratamiento con estos agentes en dicha población [39, 40]. Distintos antipsicóticos han sido asociados a un mayor riesgo arritmias, aumento patológico del QT, y otros efectos adversos cardiovasculares, en particular debería prestarse mayor atención al uso de olanzapina, risperidona, ziprasidona y asenapina [20].

Por otra parte, debe tenerse en consideración el ya descrito aumento de riesgo de síndrome Metabólico, que aparentemente es mayor en población geriátrica [15].

Dentro de los efectos secundarios de este grupo de fármacos en ancianos, se incluyen ganancia de peso, anormalidades metabólicas, sedación, síntomas extrapiramidales, riesgo de caídas y síndrome Neuroléptico maligno [11]. Por las anormalidades metabólicas asociadas se sugiere monitoreo basal y luego periódico de peso, glicemia y perfil lipídico [10].

A continuación, revisaremos la evidencia específica disponible para AMTAB para cada uno de los antipsicóticos atípicos más importantes.

Para quetiapina, en depresión bipolar en AMTAB, existen datos (analizando pacientes de 55 a 65 años) que muestran que con dosis de 300 y 600 mg se alcanzaría una remisión de 45 y 48% respectivamente [7]. En cuanto a Manía en pacientes mayores un estudio (59 pacientes) mostró una mejoría significativa sobre placebo (dosis medias de 550 mg) [7], con respuesta similar a la de pacientes más jóvenes (55 o mayores v/s menores) [11]. Dentro de sus efectos secundarios más comunes en ancianos se cuentan boca seca, somnolencia o insomnio, aumento de peso, mareo e hipotensión ortostática (especialmente importante por riesgo de caídas y traumatismo secundario) [10].

En relación a Lurasidona un análisis Post hoc, en población de edad mixta, la respuesta en depresión en pacientes mayores de 55 años portadores de un TAB I, con monoterapia (20-60 mg o 80-120) v/s placebo, o agregando lurasidona (20-120 mg) a tratamiento con litio o valproico, mostró una mejoría significativa con monoterapia en ambas dosis, pero no en tratamiento adjunto a litio o valproato (mejoría no estadísticamente significativa) [7].

Respecto de aripiprazol, estudios no controlados han reportado mejoría en depresión bipolar en AM, con dosis promedio de 10 mg/día [7].

En cuanto a olanzapina un análisis secundario de un estudio con población TAB de edad mixta, muestra respuesta positiva en manía, similar a la descrita para divalproato7. Los efectos secundarios potenciales más importantes en ancianos serían sedación, su efecto anticolinérgico, ganancia de peso, hiperglicemia e hipertrigliceridemia [10]. Resulta ser un fármaco especialmente peligroso dese la perspectiva metabólica en ancianos, por la mayor propensión al aumento de peso, síndrome metabólico y diabetes de este subgrupo [11].

Para risperidona, se cuenta solo con series de casos que sustentan su uso en AMTAB [4]. Son potenciales efectos secundarios de especial importancia en esta población, la hipotensión postural, el riesgo de caídas y los efectos colaterales extra piramidales [10].

La evidencia es similar para clozapina, existiendo solo reportes de casos con buena respuesta en manía [4, 7], contándose como posibles efectos secundarios de especial importancia en ancianos la hipotensión postural, sedación y mayor riesgo de agranulocitosis [10].

Respecto de asenapina, estudios no controlados mostrarían una mejoría en depresión bipolar en AMTAB, mientras que un estudio pequeño (n=11) encontró un 63% de remisión en manía con este fármaco [7].

TABLA 3. Consideraciones especiales con agentes farmacológicos específicos en Trastorno bipolar geriátrico

DROGA	Consideraciones especiales
Litio	Clearence renal disminuido Vida media potencialmente aumentada (hasta 30h) Reducción de volumen de distribución

	Sensibilidad a la deshidratación
Valproato	Reducción de clearence intrínseco hasta 39% Aumento de vida media Disminución de nivel de albúmina y frecuente coadministración de fármacos con potente unión a proteínas (aspirina, warfarina, etc.) pueden aumentar la fracción libre de valproato o su nivel plasmático
Carbamazepina	Disminución en su tasa de metabolismo y clearence Auto-inducción de su metabolismo vía Citocromo P450 con una potencial reducción de los niveles séricos en la tercera y cuarta semana de tratamiento
Lamotrigina	Reducción de clearence hasta en un 37% Reduccción en volumen de distribución hasta en un 12% Potencial de generar rash severo incluido Síndrome de Stevens-Johnson
Olanzapina	Sedación, efecto anticolinérgico, ganancia de peso, hiperglicemia, hiperlipidemia Aumento de riesgo de eventos cerebrovasculares en pacientes con demencia Aumento de riesgo de muerte en pacientes con demencia
Risperidona	Hipotensión postural, caídas, síntomas extrapiramidales dosis-dependientes Aumento de riesgo de eventos cerebrovasculares en pacientes con demencia Aumento de riesgo de muerte en pacientes con demencia
Quetiapina	Sedación, mareos, hipotensión postural y caídas Aumento de riesgo de muerte en pacientes con demencia
Aripriprazol	Akatisia, nausea, dispepsia Aumento de riesgo de eventos cerebrovasculares en pacientes con demencia Aumento de riesgo de muerte en pacientes con demencia

Fuente: Chen P, Ahmed M, Sajatovic M. Bipolar disorder in later life. Aging Health. 2006;2(2).

TERAPIA ELECTROCONVULSIVA (TEC)

Existen pocos datos en AMTAB, la mayoría consistentes en reporte de casos, series de casos, consensos de expertos o extrapolación de estudios de población de edad mixta. Si bien existe evidencia positiva de eficacia y seguridad en al menos una revisión de TEC en adultos mayores portadores de Trastorno Depresivo Mayor, su efecto en TAB y específicamente en manía en población geriátrica no ha sido adecuadamente estudiado. Sin embargo, a menudo se considera como una opción muy útil frente a casos de refractariedad y en especial cuando la condición clínica del paciente amerita una intervención que genere una rápida recuperación, como riesgo suicida u homicida, cuadros catatónicos, estados psicóticos o de agitación psicomotora de difícil manejo, o en situaciones en las que exista un riesgo médico importante. El efecto en la cognición en AMTAB sigue siendo poco claro y requiere especial atención, por lo tanto, se sugiere idealmente contar con una evaluación neuropsicológica previa a este tratamiento [4, 7, 10, 11].

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES

Este tipo de intervenciones resultan esenciales en el tratamiento de todo paciente portador de un TAB independiente de su edad, debiendo estar siempre combinadas con tratamientos o intervenciones “biológicas”. Esto es especialmente importante en AM, que suelen presentar complejos estresores biopsicosociales. Dentro de sus efectos positivos se incluyen disminución de los síntomas y del estrés asociado, mejoría en

adherencia al tratamiento, prevención de recaídas, recuperación funcional y reducción de la comorbilidad médica [11]. Si bien en los últimos años ha existido un esfuerzo constante por medir la efectividad de las intervenciones psicosociales en el tratamiento del TAB, su efecto específico en población AMTAB no ha sido adecuadamente estudiada. Por lo pronto, la evidencia señala como modelos válidos la Terapia Interpersonal con Regulación de Ritmos Sociales, la Intervención Familiar Focal, la Terapia Cognitivo Condultual y la psicoeducación grupal [11], con evidencia positiva en distintas fases del tratamiento del TAB en poblaciones de edades mixtas.

CONCLUSIONES

El número de individuos, adultos mayores portadores de un TAB va en aumento, lo que necesariamente implica una adaptación tanto de los sistemas como de los profesionales de la salud, para ajustarse al cambio demográfico que enfrentamos. El diagnóstico del TAB resulta muchas veces complejo, por la naturaleza misma del cuadro, y no existen exámenes de apoyo que lo confirmen, por esta razón una carta de vida o historia anímica rigurosa son fundamentales, esto sumado a una entrevista con un tercero significativo, serán la parte más importante de la evaluación clínica. El TAB es una enfermedad que si bien suele presentarse en etapas más tempranas de la vida, puede tener sus primeras manifestaciones a mayor edad, requiriendo para su correcto diagnóstico un alto índice de sospecha independiente de la edad del paciente. La evidencia al respecto señala que los grupos de inicio temprano se comportan distintos a aquellos con inicio tardío de la enfermedad, asociándose estos últimos a mayor comorbilidad médica en general y neurológica en particular y más riesgo de alteraciones cognitivas. El TAB es un cuadro clínico asociado a una disminución de la expectativa de vida de 10 años en promedio y, especialmente en Adultos Mayores, a un alto porcentaje de comorbilidad médica lo que no solo tiene implicancias en la evolución del cuadro, sino en la elección de la medicación a ser usada, la que debe evitar provocar o empeorar condiciones médicas asociadas. En este sentido contamos con poca evidencia específica para tratamiento de Adultos Mayores, sin embargo, en general se utilizan los mismos medicamentos aprobados para población más joven, debiendo siempre considerarse ajustar las dosis a los cambios fisiológicos propios de la edad que influyen en la forma en que el organismo reacciona a dichas sustancias. Una consideración aparte es la asociación existente entre TAB y alteraciones cognitivas y demencia, que requiere especial atención por parte de los clínicos, ya que si bien la asociación es categórica, no está claro que este cuadro sea una patología que tienda al deterioro. Por el contrario, se debe prestar especial atención a la aparición de síntomas cognitivos, en particular cuando comienzan abruptamente o su magnitud es muy importante, pues debe sospecharse y descartarse en estos casos otras etiologías, distintas al cuadro anímico. Por último es importante enfatizar que pese a la existencia de diversos estudios en pacientes AMTAB, y a los esfuerzos de distintos grupos que han aportado enormemente en esta área, el conocimiento específico es aún

insuficiente, el que esperamos se desarrolle de manera adecuada en los próximos años para tener una mejor comprensión de un escenario clínico con el que nos toparemos cada vez más a menudo.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Edition DSM-5. Arlington, VA. American Psychiatric Publishing.
2. Hirschfeld RMA, Lewis L, Vornik L. Perceptions and Impact of Bipolar Disorder: How Far Have We Really Come? Results of the National Depressive and Manic-Depressive Association 2000 Survey of Individuals With Bipolar Disorder. J Clin Psychiatry 2003; 64: 161-174. 64 (2): 161-74.
3. Westman J, Hällgren J, Wahlbeck K, open E-D. Cardiovascular mortality in bipolar disorder: a population-based cohort study in Sweden. BMJ open [Internet]. 2013. Disponible en: http://bmjopen.bmj.com/content/3/4/e002373.short
4. Chen P, Dols A, Rej S, Sajatovic M. Update on the Epidemiology, Diagnosis, and Treatment of Mania in Older-Age Bipolar Disorder. Current Psychiatry Reports. 2017; 19 (8).
5. Almeida OP, McCaul K, Hankey GJ, Yeap BB, Golledge J, Flicker L. Risk of dementia and death in community-dwelling older men with bipolar disorder. British Journal of Psychiatry. 2016; 209 (2): 121-126.
6. MINSAL. Guía Clínica AUGE Trastorno Bipolar en Personas de 15 años o más. MINSAL (Guías clínicas MINSAL; vol. 1).
7. Sajatovic M, Strejilevich SA, Gildengers AG, Dols A, Jurdi RK, Forester BP, et al. A report on older-age bipolar disorder from the International Society for Bipolar Disorders Task Force. Bipolar Disorders. 2015; 17 (7).
8. Dols A, Kessing L, Strejilevich SA, Rej S, Tsai S-Y, Gildengers AG, et al. Do current national and international guidelines have specific recommendations for older adults with bipolar disorder? A brief report. International Journal of Geriatric Psychiatry. 2016; 31 (12).
9. Sajatovic M, Blow FC, Ignacio RV, Kales HC. New-Onset Bipolar Disorder in Later Life. The American Journal of Geriatric Psychiatry. 2005;13(4).
10. Chen P, Ahmed M, Sajatovic M. Bipolar disorder in later life. Aging Health. 2006; 2 (2).
11. Sajatovic M, Chen P. Geriatric Bipolar Disorder. Psychiatric Clinics of North America. 2011; 34 (2): 319-33.
12. Depp C, Jeste D. Bipolar disorder in older adults: a critical review. Bipolar Disorders. 2004; 6: 343-67.
13. Schürhoff F, Bellivier F, Jouvent R, Mouren-Siméoni M, Bouvard M, Allilaire J, et al. Early and late onset bipolar disorders: two different forms of manic-depressive illness? Journal of affective disorders. 2000; 58(3): 215-21.
14. Rise I, Haro J, Gjervan B. Clinical features, comorbidity, and cognitive impairment in elderly bipolar patients. Neuropsychiatric Disease and Treatment. 2016; 17 (12): 1203-13.
15. Sajatovic M, Kessing L. Bipolar Disorder. wiley; 2010. 488-98.
16. Hays J. Age of first onset of bipolar disorder: demographic, family history, and psychosocial correlates. Depression and Anxiety. 1998; 7: 76-82.
17. Fujikawa T, Yamawaki S, Touhouda Y. Silent cerebral infarctions in patients with late-onset mania. Stroke; a journal of cerebral circulation. 1995; 26 (6): 946-9.
18. Tamashiro J, Zung S, Zanetti M, Castro C, Vallada H, Busatto GF, et al. Increased rates of white matter hyperintensities in late-onset bipolar disorder. Bipolar Disorders. 2008; 10 (7).
19. Lala SV, Sajatovic M. Medical and Psychiatric Comorbidities Among Elderly Individuals With Bipolar Disorder. Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology. 2012; 25 (1): 20-5.
20. Yatham N, Kennedy SH, Parikh SV, Ayal. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. Bipolar Disorders. 2018; 1-74.
21. Wu K, Chang C, Liang H, Wu C, Wu E, Chen C, et al. Increased risk of developing dementia in patients with bipolar disorder: a nested matched case–control study. Bipolar Disorders. 2013; 15 (7).

22. Singh-Manoux A, Dugravot A, Fournier A, Abell J, Ebmeier K, Kivimäki M, et al. Trajectories of Depressive Symptoms Before Diagnosis of Dementia: A 28-Year Follow-up Study. JAMA Psychiatry. 2017.
23. Kapczinski F, Magalhães P, Balanzá-Martinez V, Dias V, Frangou S, Gama C, et al. Staging systems in bipolar disorder: an International Society for Bipolar Disorders Task Force Report. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2014; 130 (5).
24. Passos I, Mwangi B, Vieta E, Berk M, Kapczinski F. Areas of controversy in neuroprogression in bipolar disorder. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2016; 134 (2).
25. Colom F. Martino's reformation: A schism in the neuroprogression church. Journal of Affective Disorders. 2018; 225.
26. Schouws S, Comijs HC, Stek ML, Dekker J, Oostervink F, Naarding P, et al. Cognitive Impairment in Early and Late Bipolar Disorder. The American Journal of Geriatric Psychiatry. 2009; 17 (6).
27. Samamé C, Martino DJ, Strejilevich SA. A quantitative review of neurocognition in euthymic late-life bipolar disorder. Bipolar Disorders. 2013; 15 (6).
28. Martino DJ, Igoa A, Marengo E, Scápola M, Strejilevich SA. Longitudinal relationship between clinical course and neurocognitive impairments in bipolar disorder. Journal of Affective Disorders. 2018; 225.
29. Ng F, Mammen OK, Wilting I, Sachs GS, Ferrier NI, Cassidy F, et al. The International Society for Bipolar Disorders (ISBD) consensus guidelines for the safety monitoring of bipolar disorder treatments. Bipolar Disorders. 2009; 11(6).
30. Baastrup PC, Schou M. Lithium As a Profylactic Agent. Its Effects Against Recurrent Depressions and Manic-Depressive Psychosis. Anrch Gen Psychiat. 1967; 16: 162-72.
31. Jurdi RK, Marangell LB, Petersen NJ, Martinez M, Gyulai L, Sajatovic M. Prescription Patterns of Psychotropic Medications in Elderly Compared With Younger Participants Who Achieved a "Recovered" Status in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder. The American Journal of Geriatric Psychiatry. 2008; 16 (11).
32. Pacchiarotti I, Bond DJ, Baldessarini RJ, Nolen WA, Grunze H, Licht RW, et al. The International Society for Bipolar Disorders (ISBD) Task Force Report on Antidepressant Use in Bipolar Disorders. American Journal of Psychiatry. 2013; 170 (11).
33. Sajatovic M, Gyulai L, Calabrese JR, Thompson TR, Wilson BG, White R, et al. Maintenance treatment outcomes in older patients with bipolar I disorder. The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry. 2005; 13 (4): 305-11.
34. Sajatovic M. Treatment of bipolar disorder in older adults. International Journal of Geriatric Psychiatry. 2002; 17 (9).
35. Rej S, Herrmann N, Shulman K. The Effects of Lithium on Renal Function in Older Adults—A Systematic Review. Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology. 2012; 25 (1).
36. Young RC, Gyulai L, Mulsant BH, Flint A, Beyer JL, Shulman KI, et al. Pharmacotherapy of Bipolar Disorder in Old Age: Review and Recommendations. The American Journal of Geriatric Psychiatry. 2004; 12 (4).
37. Wang PS, Schneeweiss S. Risk of death in elderly users of conventional vs. atypical antipsychotic medications. New England Journal of Medicine. 2005; 353: 2335-41.
38. Setoguchi S, Wang PS, Brookhart AM, Canning CF, Kaci L, Schneeweiss S. Potential Causes of Higher Mortality in Elderly Users of Conventional and Atypical Antipsychotic Medications. Journal of the American Geriatrics Society. 2008; 56 (9).
39. Wu C-S, Tsai Y-T, Tsai H-J. Antipsychotic Drugs and the Risk of Ventricular Arrhythmia and/or Sudden Cardiac Death: A Nation-wide Case-Crossover Study. Journal of the American Heart Association. 2015; 4 (2).
40. Lin S-T, Chen C-C, Tsang H-Y, Lee C-S, Yang, Cheng K-D, et al. Association Between Antipsychotic Use and Risk of Acute Myocardial Infarction: A Nationwide Case-Crossover Study. Circulation. 2014; 130 (3): 235-43.

ESQUIZOFRENIA EN EL ADULTO MAYOR

Katherina Llanos Parra
Rolando Monsalve Sepúlveda

RESUMEN

La esquizofrenia en el adulto mayor es una condición clínica relevante en el último tiempo por los cambios epidemiológicos y condiciones de tratamiento que han cambiado el perfil temporal de la enfermedad. Si bien, presentan más mortalidad y morbilidad que la población de adultos mayores general, es posible encontrar adultos mayores con esquizofrenia cada vez más longevos. El presente capítulo revisa los conceptos generales de la enfermedad, define a este grupo etario, y explica las nuevas formas clínicas posibles de encontrar según los grupos de consenso actual. Además resume para el clínico información para el diagnóstico y manejo.

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es una enfermedad prevalente dentro de los cuadros psicóticos, debuta en la mayoría de los casos en edades tempranas del neurodesarrollo. Con el aumento de la prevalencia de vida en la población general en los últimos años, ha cambiado el perfil epidemiológico y el curso de esta enfermedad, encontrándose como diagnóstico primario en adultos mayores, lo que implica nuevos abordajes terapéuticos, y nos desafía a un manejo integral de las condiciones que se sobreponen con el envejecimiento normal.

El término Psicosis acuñado por Ernst Von Feuchtersleben en 1854 viene del griego *psyche* (vida, alma, mente) y del latín *osis* (enfermedad o anomalía) aunque su uso se atribuye a autores anteriores [1].

Psicosis puede ser comprendida como “pérdida del juicio de realidad” o “pérdida del contacto vital con la realidad“, según Eugene Minkowski en relación a la esquizofrenia que la define más allá de las alteraciones cognitivas o los síntomas de primer orden [2].

La esquizofrenia, es una psicosis grave de una evolución larga e incierta, pese a los

tratamientos (Broustra, 1979). Sus síntomas característicos incluyen alucinaciones, delirios, pensamiento y discurso desorganizado (Bleuler, 1993), así como alteración en la expresión emocional (Leff & Vaughn, 1981) y en la motivación (American Psychiatric Association, 1994). Su etiología compleja se articula entre factores biológicos, psicológicos y ambientales, por lo cual requiere de un tratamiento diversificado que considere la farmacoterapia, psicoterapia y todas las posibilidades de readaptación socio terapéutica (Broustra, 1979; Sikich, 2009) [3].

DEFINICIÓN DE ESQUIZOFRENIA EN EL ADULTO MAYOR

Pese a que el inicio de la tercera edad en la población general se considera a partir de los 60 años en Chile y de los 65 años para países desarrollados según la OMS, entendemos como esquizofrenia del adulto mayor, al anciano afectado de esquizofrenia cuyo debut pudo ocurrir antes de los 40 años (esquizofrenia de inicio temprano), o posterior a dicha edad (esquizofrenia de inicio tardío). En general, por prevalencia, se refiere a aquel adulto mayor quien ha envejecido portando esta enfermedad primaria a través de los años.

EPIDEMIOLOGÍA

Según la encuesta CASEN 2011, Chile se encuentra en una etapa avanzada de envejecimiento poblacional. Esto se explica por un aumento de la esperanza de vida al nacer, disminución de tasas de mortalidad a edades más tempranas, y descenso de las tasas de natalidad de la población [4].

La prevalencia de la esquizofrenia se ha mantenido constante alrededor del mundo con un 1% (0,8 a 1,2% según distintos estudios). Y si bien los pacientes afectados de esta enfermedad suelen tener más mortalidad y morbilidad que la población general, los cambios epidemiológicos y las condiciones de salud de la población general los han favorecido, así como el acceso a tratamientos de mayor eficacia y tolerabilidad.

De las personas afectadas con discapacidad, el grupo de mayores de 18 años corresponde a un 20% de la población general. Siendo de este grupo, los adultos mayores, un 58,3% (mayores de 60 años). La situación de discapacidad está estrechamente relacionada con el envejecimiento de las personas y sus ingresos, y afecta en mayor proporción a las mujeres. Las personas afectadas con discapacidad declaran en un 59% presentar trastornos mentales y del comportamiento, apareciendo la esquizofrenia como uno de ellos [5].

La mayor longevidad general de la población, está implicando que cada vez existan más personas ancianas que presenten una esquizofrenia desde su juventud. También contribuye a esto el fenómeno de aparición de psicosis genuinas por primera vez en la

vejez, habiéndose descrito un aumento en su incidencia y prevalencia a partir de los 50 años [6].

Los estudios epidemiológicos y de prevalencia son escasos y poco fiables, con resultados diversos, debido a la heterogeneidad de las muestras (sacadas de la comunidad, de centros hospitalarios, residencias de ancianos, etc.), y a los diversos criterios diagnósticos empleados (el DSM-III-R consideraba el inicio tardío por encima de los 45 años, mientras que el DSM-IV-TR y el DSM-5 no indican una edad para inicio tardío).

En las últimas décadas se ha hecho un esfuerzo para describir las formas primarias de psicosis que debutan en la edad avanzada y su relación con la esquizofrenia, que es una entidad conocida por ser más típica de etapas más tempranas de la vida.

El año 2000 un grupo internacional de expertos publicó un consenso que propuso a la "esquizofrenia de inicio tardío" (late-onset schizophrenia) como aquella que comienza entre los 40 y 60 años, y "psicosis esquizomorfa de inicio muy tardío" (very late-onset schizophrenia-like psychosis) cuando comienza sobre los 60 años, la que engloba a los conceptos de parafrenia tardía y esquizofrenia tardía [6].

Aproximadamente un 20-25% de pacientes con esquizofrenia tendrían el inicio de la enfermedad después de los 40 años. Alrededor de un 13% de los pacientes esquizofrénicos hospitalizados, han tenido el comienzo de su enfermedad en la quinta década d ella vida, el 7% a los 60 años, y un 3% sobre los 70 años. Al menos un 0,1-0,5% de la población mayor de 65 años recibe un diagnóstico de esquizofrenia con inicio en una etapa avanzada de la vida, cuyo pronóstico puede empeorar si se retrasa y evita el tratamiento [7-8]. Según datos de prevalencia
aproximadamente la mitad de los adultos mayores con esquizofrenia estarían en remisión clínica, y un cuarto alcanzaría además integración en la comunidad [9].

Es materia de discusión la edad que demarcaría el término de "adulto mayor con esquizofrenia", dado que los investigadores han utilizado edades más jóvenes como umbral en sus estudios al respecto, debido a la menor esperanza de vida que se ha observado en los pacientes con esquizofrenia respecto a la población general [9].

ETIOPATOGENIA Y FACTORES DE RIESGO DE ESQUIZOFRENIA

NEUROBIOLOGÍA

Como muchas enfermedades humanas, el síndrome esquizofrénico puede ser el resultado de múltiples factores. Un concepto unificado de la etiología de la esquizofrenia, se basa en procesos que ocurren antes del inicio clínicamente reconocible de la enfermedad. Esto lleva al concepto de la esquizofrenia como una enfermedad del neurodesarrollo.

Desde el punto de vista morfológico el aumento de tamaño de los ventrículos cerebrales en el cerebro de pacientes afectados es el hallazgo más consistente, y habría sutiles reducciones del volumen cerebral total. Predominan los déficits de materia gris, aunque no es replicable en todos los estudios y las mayores reducciones se encontrarían en: lóbulo temporal medial, giro temporal superior y corteza prefrontal. El tálamo presenta reducción de tamaño y de densidad neuronal, hallazgo encontrado en familiares de pacientes. [10]

En el lóbulo temporal medial hay reducción del complejo de la amígdala (6%) y formación hipocampal (4%). Estos hallazgos son similares en el trastorno bipolar, trastorno por estrés postraumático y Síndrome de Cushing. Hay posibles reducciones en densidad y tamaño neuronal y disminución de proteínas sinápticas: sinaptofisina, SNAP-25, sinapsinas y complexinas [11].

Los cambios no son solo a nivel estructural, sino que hay hallazgos histológicos en corteza prefrontal dorso lateral e hipocampo que podrían corresponder a una alteración de la migración neuronal embrionaria y una ausencia de gliosis, fenómeno del segundo trimestre de gestación. Además se ha encontrado una reducción de células gliales en corteza órbitofrontal, cingulado anterior y corteza pre frontal dorso lateral [11].

Los hallazgos fisiopatológicos actuales sugieren que los pacientes con esquizofrenia de inicio tardío (late onset schizophrenia) tienen ventrículos agrandados y más hiperintensidades de la sustancia blanca en comparación con los pacientes de la misma edad que padecen esquizofrenia de inicio temprano (early onset schizphrenia) y pacientes controles [12].

GENÉTICA

No existe un gen aislado que identifique la enfermedad, sino que se ha asociado a varios candidatos de genes, ya sea posicionales o estructurales, que son factores de riesgo para esquizofrenia. En relación al riesgo genético por parentesco, este es mayor en familiares de primer grado, y en el clásico estudio de Gottesman el riesgo de gemelos univitelinos es del 48%. Algunos estudios muestran delecciones en genes o duplicación de copias que involucran genes asociados con la neurotransmisión cerebral y con los procesos de migración neuronal durante el neurodesarrollo [13]. Se ha descrito además la falla del sistema glial y la hipótesis de la conectividad anormal, pero que exceden a la profundización de este capítulo en este aspecto [14].

NEUROTRANSMISORES Y ESTRÉS

La exposición repetitiva a estrés sobretodo en períodos del desarrollo crítico biológico o de traspaso de etapa de desarrollo biológico, puede generar cambios permanentes en el individuo. La elevación crónica de glucocorticoides como respuesta al estrés genera atrofia temporal medial (que encuentra en esquizofrenia, trastornos del espectro afectivo) y otros cambios a nivel de SNC.

En términos simples, no basta tener genes que provoquen cambios en la producción de proteínas dentro de las células, sino también, la presencia asociada de variables ambientales como el estrés, producen cambios o respuestas en ellas. Estos son factores epigenéticos, que pueden ser mucho más trascendentes que tener un alto riesgo genético.

Estudios de Carlsson y Lindqvit sobre rol de Dopamina (DA) en esquizofrenia y el modelo de que las anfetaminas pueden inducir síntomas psicóticos, fue por muchos años una hipótesis que explicaba la efectividad clínica de los antipsicóticos, que tiene relación directa con su afinidad por receptores de dopamina (DA) [14]. Las vías dopaminérgicas son amplias en el sistema nervioso central, a saber: área Mesolímbica, Mesocortical, Tubero infundibular y nigro estriatal.

En el sistema límbico (sistema mesolímbico o mesocortical), se regulan las respuestas autonómicas ante las emociones, y el aumento de dopamina en este sistema estimula al núcleo acumbens. La activación de este último con dicho neurotransmisor, se ha asociado en la esquizofrenia con la presencia de alucinaciones.

En la hipófisis, en la región tuberoinfundibular, la dopamina inhibe la liberación de hormonas (especialmente la de prolactina), lo cual explicaría la galactorrea secundaria al uso de antipsicóticos. El bloqueo de los receptores en la zona gatillo quimiorreceptora del centro del vómito origina un efecto antiemético. En el sistema nigroestriatal la vía dopaminérgica es el principal sitio involucrado en la fisiopatología de la enfermedad de Parkinson.

En estudios con neuroimágenes se encuentra una hiperdopaminérgia subcortical y una hipodopaminergia pre-frontal. Modelo de lesiones de neuronas dopaminérgicas prefrontales producen aumento de DA en el estriado, y la aplicación de agonistas de DA en el área prefrontal disminuye el metabolismo en el estriado [14].

Las drogas psicoactivas afectan indirectamente el sistema dopaminérgico: Ketamina (NMDA) y cannabis (receptores canabinoides). Se ha visto un aumento de la función estriatal en esquizofrenia y familiares de esquizofrénicos en comparación con la población general.

La vía glutamatérgica, se ha propuesto como mecanismo involucrado en EQZ, ya que existe una hipoactividad de los receptores de glutamato en la génesis de las psicosis esquizofrénicas, basándose en que la fenciclidina, bloqueador de los receptores N-metil-D-aspartato (NMDA), el cual tiene capacidad de provocar síntomas psicóticos [15]. El glutamato, es el principal neurotransmisor excitatorio del SNC y su función es esencial para los circuitos sensoriomotores y cognitivos. Asimismo, interviene en el desarrollo y plasticidad sináptica, en la neuroprotección y en la comunicación glio-neuronal. Hay dos clases de receptores glutaminérgicos: Los receptores ionotrópicos glutamatérgicos (AMPA, NMDA y Kainato), los cuales están ligados a puertas de canales iónicos; y los receptores metabotrópicos acoplados a la proteína G (mGluRs) [16]. Hasta ahora la hipótesis de alteración de la neurotransmisión, con más evidencias científicas en la esquizofrenia, ha sido la de la alteración de la vía dopaminérgica, con sus implicaciones en el tratamiento psicofarmacológico.

FACTORES AMBIENTALES

Se ha descrito la nutrición materna asociada al riesgo de esquizofrenia como ejemplo en la hambruna 1944-1945 en Alemania, donde aumenta al doble el riesgo de desarrollar la enfermedad en los hijos de madres desnutridas [17].

Infección materna: Se ha estudiado un aumento de esquizofrenia en hijos de mujeres en segundo trimestre de gestación durante epidemia de influenza de 1957 [18]. Aumento de riesgo para esquizofrenia en mujeres con rubéola y niveles elevados de IgG e IgM previos al parto [19].

Estación de nacimiento: 5-8% de exceso de nacimientos en invierno y primavera [20]. La mayor edad paterna también se asocia con mayor riesgo de presentar la enfermedad en los hijos [21].

El lugar de nacimiento presenta una relación positiva, entre nacimiento urbano y esquizofrenia [22-23], además de estudios que muestran que los RN portadores de la enfermedad tendrían una reducción de circunferencia craneana al nacer [24-25], y anomalías físicas menores [26]. Un embarazo muy próximo al nacimiento anterior (agotamiento de ácido fólico y vitamina D) por parte de la madre también se asocia a mayor riesgo [28].

CONDICIONES NEUROLÓGICAS

Los movimientos anormales involuntarios que presentan los pacientes (descritos por Farran-Ridge en 19269), se atribuyen a alteraciones de los ganglios basales tales como: tics, sacudidas y muecas, estos síntomas se exacerban a la suspensión de neurolépticos. Los síntomas neurológicos, se asocian a más sintomatología negativa. Los pacientes presentan dos tipos de diskinesia: tronco y miembros, que estarían desde el inicio de enfermedad; y orofacial que aparece una década antes que incrementen los síntomas negativos, y exacerbadas con la medicación antipsicótica en altas dosis en ambos casos.

Son signos corticales: la agnosia y dispraxia, comunes en los pacientes crónicos.

Frecuentemente los pacientes son torpes y vacilan en las secuencias motoras o en la discriminación de dos puntos, lo que Indica déficit en la corteza de asociación.

Movimientos oculares anormales

Un 50-85% de los pacientes y un 40-50% de los familiares de primer grado, presentan intrusiones sacádicas en los movimientos oculares suaves de búsqueda (smooth pursuit eye movements). Esta es una característica neurológica heredable entre familiares. Tiene relación con la corteza frontal del campo ocular y núcleos del tronco cerebral. Algunos pacientes fallan en la supresión de movimientos sacádicos automáticos frente a estímulos periféricos. Un signo clínico a examinar en pacientes que toman neurolépticos, es la limitación de la mirada hacia arriba en el examen clínico de movimientos oculares.

CONDICIONES OBSTÉTRICAS

Más del 20% de las personas afectadas por esquizofrenia tienen historia médica de complicaciones obstétricas, y en esta población podrían existir además genes pueden hacer al cerebro más vulnerable a la hipoxia [28-29].

Un meta-análisis de Geddes & Laurie (1995), muestra que los individuos con complicaciones obstétricas tienen dos veces mayor probabilidad de desarrollar esquizofrenia [30], y un meta-análisis de Verdoux et al (1997) comenta que complicaciones del trabajo de parto se asocian especialmente con esquizofrenia [31].

ASPECTOS CLÍNICOS

La psicosis, es relativamente común en los grupos de adultos mayores y se puede producir en varios contextos. El diagnóstico diferencial en un paciente anciano que presenta delirios, alucinaciones y alteración del comportamiento puede incluir a un cuadro psicótico relacionado con delirium, condiciones médicas generales, enfermedad afectiva, demencias, esquizofrenia u otros trastornos psicóticos primarios y, abuso de sustancias o dependencias.

En esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, el DSM-5 elimina la importancia que antes se otorgaba a los síntomas de primer rango de Schneider, y a los delirios de contenido extraño para el diagnóstico de esquizofrenia. El cambio más significativo a nuestro parecer es la eliminación de los clásicos subtipos de esquizofrenia atribuyéndoles escasa validez y utilidad clínica. Se aportan criterios más específicos para el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo, y la catatonía es incluida como especificador de diversos trastornos psicóticos, como esquizofrenia y trastornos del ánimo.

La estabilidad diagnóstica en el DSM-IV (versión anterior) de la esquizofrenia es muy alta: 80-90% de los pacientes que reciben ese diagnóstico inicial lo mantiene al cabo de 1 a 10 años [31-32].

Los dominios psicopatológicos relevantes, incluyen distorsión de la realidad (delirios, alucinaciones), síntomas negativos, desorganización, deterioro cognitivo, síntomas motores (como por ejemplo catatonía) y síntomas del estado de ánimo (depresión y manía). La medición de la gravedad relativa de estas dimensiones sintomatológicas puede proporcionar al médico información útil acerca de la naturaleza de la enfermedad en un paciente particular, y en la evaluación del impacto específico del tratamiento en diferentes aspectos de su enfermedad. Como una escala de evaluación sencilla, debiera alentar a los clínicos a evaluar de forma explícita, y seguir los cambios en la gravedad de estas dimensiones para guiar el tratamiento. La escala de evaluación de 0 a 4 con puntos de anclaje para cada uno de los de los ocho ítems se describe en la sección 3 del manual [33].

TABLA 1. Causas médicas comunes de psicosis en adultos mayores como diagnóstico diferencial en esquizofrenia.

METABÓLICAS	Deficiencia de vitamina B12
	Deficiencia de folato
	Alteraciones electrolíticas
	Porfiria aguda intermitente
	Encefalopatía hepática
	Encefalopatía urémica
	Otras deficiencias nutricionales
	Anorexia/hipoxia
	Hipercarbia
INFECCIOSAS	Meningitis
	Encefalitis
	Neurosífilis
	VIH / SIDA
	Neumonia
NEUROLÓGICAS	Enfermedad de Parkinson
	Epilepsia
	Hematoma subdural
	Accidente cerebro vascular
	Enfermedad de Huntington
	Esclerosis múltiple
	Esclerosis lateral amiotrófica
	Tumores
	Lóbulo temporal: alucinaciones auditivas
	Lóbulo occipital: alucinaciones visuales
	Límbico: delirios
	Hipotálamo: delirios
	Encefalitis límbica
	Autoinmune
	Síndromes paraneoplásicos
	Lupus eritematoso sistémico
	Vasculitis
	Trastornos del sueño (narcolepsia)
	Otras condiciones genéticas/heredables
ENDOCRINAS	Hipo/Hipertiroidismo
	Enfermedad suprarrenal
	Hipo/Hiperglicemia
	Hipo/Hiperparatiroidismo

Fuente: Reinhardt, 2015 [34]

ESQUIZOFRENIA DE INICIO TEMPRANO (EOS: EARLY ONSET SCHIZOPHRENIA): <40 AÑOS

Los estudios a largo plazo indican que, con el envejecimiento, la sintomatología positiva disminuye y tiene menor repercusión emocional; la sintomatología negativa se mantiene; las exacerbaciones son menos frecuentes; la progresión del deterioro neurológico se estabiliza. No aumentaría en estos pacientes el riesgo de demencia [6].

Es infrecuente que aparezcan nuevos síntomas delirantes o alucinatorios, y cuando sucede pueden estar relacionados con déficits sensoriales.

La evolución suele estar caracterizada por un deterioro al inicio de la enfermedad, alcanzando luego una cierta estabilidad, en la que pueden existir fluctuaciones pero en menor intensidad que en los primeros años. Lo típicamente descrito, consiste en una disminución de los síntomas positivos y la persistencia de los síntomas negativos (abulia, indiferencia, afecto aplanado, pobreza del lenguaje, alogia, desconexión del entorno, mutismo, negativismo, manierismos o estereotipias). La persistencia de estos últimos síntomas juega un rol central en el pronóstico poco favorable de la esquizofrenia a largo plazo desde un punto de vista social [35].

En relación a adultos mayores de similar edad, los que padecen esquizofrenia parecen presentar mayor patología médica, incluyendo principalmente enfermedades neurológicas, cardiovasculares y respiratorias.

El riesgo de suicidalidad va disminuyendo conforme avanza la edad en la esquizofrenia, pero se mantiene por encima de lo observado en la población general.

Según la evidencia actual, los pacientes esquizofrénicos ancianos tienen el mismo riesgo de sufrir una demencia como el resto de los adultos mayores de la población general [35].

Según respuesta a tratamiento, estos pacientes pueden dividirse en dos grupos:

- EOS respondedores (buena evolución, remisión, adherencia a tratamiento)
- EOS no respondedores (mala respuesta o crónicamente agudos).

ESQUIZOFRENIA DE INICIO TARDÍO (LOS: LATE-ONSET SCHIZOPHRENIA)

Además del inicio posterior a los 40 años, los criterios básicos para que una esquizofrenia sea incluida dentro de esta categoría son: a) presencia de fenómenos delirantes, b) presencia de alucinaciones, c) ausencia de trastornos cognitivos generalizados y progresivos, y d) ausencia de trastornos afectivos significativos [35].

Se ha descrito que una de las características más típicas de los delirios que aparecen en estos pacientes en comparación con los pacientes jóvenes, es el denominado delirio de paramentos o tabiques (partition delusions), que hace referencia a la permeabilidad de las paredes, suelos, techos y puertas a influjos dañinos; se trata de la creencia de que personas, materiales, radiación, sonido o gases pueden pasar a través de una estructura que normalmente constituiría una barrera [6, 35]

Los delirios persecutorios afectarían al 85% de los pacientes, los delirios de paramentos al 48-68%, los de influencia corporal al 40% y los de referencia al 30%. Las alucinaciones formarían parte esencial del cuadro, y lo distinguirían del trastorno delirante crónico, afectando alrededor del 80% de los pacientes, sobretodo alucinaciones auditivas (75%). [6, 35].

Respecto a los factores de riesgo, destaca el rol del sexo por la mayor proporción de mujeres que de varones en las formas tardías de psicosis (razón 5-7:1), en contraste con

las esquizofrenias de inicio juvenil [36]

La evolución de la enfermedad es hacia la cronicidad. La progresión de la sintomatología tiende a ser peor en aquellos pacientes que presentan mayores dificultades cognitivas inicialmente.

PSICOSIS ESQUIZOMORFA DE INICIO MUY TARDÍO (VLOS: VERY LATE-ONSET SCHIZOPHRENIA-LIKE PSYCHOSIS)

El tipo muy tardío presenta mayor frecuencia de diagnóstico en mujeres que hombres, mayor prevalencia de delirios de persecución y partición, aumento de las tasas de alucinaciones visuales, táctiles y olfativas, menor carga genética asociada, ausencia de síntomas negativos o trastornos formales del pensamiento. Probablemente una mortalidad estándar más alta versus personas mayores con trastorno de inicio temprano, principalmente debido a las tasas más altas de enfermedades y accidentes comórbidos en este grupo. La cognición es un dominio en disputa, porque una considerable proporción de pacientes con tipo de inicio muy tardío podría desarrollar un tipo de demencia en relación con los otros subtipos [6].

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

Clásicamente la evaluación y el diagnóstico de la esquizofrenia, independiente de su subtipo o evolución, es clínica, y consiste en la evaluación de los síntomas y signos de la enfermedad que pueden estar presente en un corte transversal o longitudinal de la evaluación.

A considerar, es la gravedad de la psicopatología y la severidad de los síntomas psicopatológicos que se pueden evaluar con escalas tanto para los síntomas positivos como negativos, en nuestro medio es muy utilizada la Escala Sindromática de Síntomas Positivos y Negativos de la Esquizofrenia (PANSS) (Kay et al., 1988), la Escala de Hamilton para Depresión, Escala de Impresión Clínica Global (CGI), Minimental test y Psicometrías que incluyen test neuropsiquiátricos y de personalidad, entre otras.

Aunque los estudios han encontrado que el 50% de los adultos mayores que viven en la comunidad con esquizofrenia estaban en remisión sintomática, muchos de ellos presentan fluctuaciones entre reagudizaciones y exacerbaciones sintomáticas, incluso hospitalizaciones [37].

En un estudio finlandés que incluye a 9460 pacientes adultos mayores afectados de esquizofrenia mayores de 65 años, la tasa de mortalidad por todas las causas fue casi tres veces mayor que en la población general. Las causas de muerte eran similares a la población general, sin embargo, las muertes por causas no naturales fueron especialmente más altas (accidentes y suicidios). Sobre todo en aquellos pacientes que todavía experimentan recaídas en la vejez [38].

Un rol fundamental en el adulto mayor afectado de esquizofrenia es la salud física y el entorno social, que modifican su calidad de vida y, por ende, la morbilidad y mortalidad como grupo.

El examen físico-clínico, el laboratorio general y las neuro-imágenes no pueden ser desestimadas. Así como las condiciones ambientales y psicosociales que rodean al adulto mayor afectado de esquizofrenia al igual que en la evaluación geriátrica de las poblaciones no esquizofrénicas.

MANEJO

FARMACOLÓGICO

El tratamiento de los pacientes esquizofrénicos cuando ingresan a la edad avanzada no difiere de manera significativa respecto al que requerían en edades más jóvenes necesariamente. Habitualmente es necesario tratamiento antipsicótico de por vida o durante largos periodos. La mayor prevalencia de sintomatología negativa en este estadío de la enfermedad y la mayor susceptibilidad a presentar síntomas extrapiramidales junto a la necesidad de proteger el funcionamiento cognitivo, aconsejan el uso de antipsicóticos atípicos [37].

Los ancianos que padecen esquizofrenia desde su juventud suelen requerir dosis de antipsicóticos muy superiores a las que necesitan los ancianos que padecen psicosis tardías, cercanas o iguales a las dosis para adulto joven. A modo de ejemplo, si en un EOS la dosis de risperidona es 2 mg y 10 mg para olanzapina, los grupos LOS y VLOS requerirán 1 mg de risperidona y 5 mg de olanzapina, es decir, reducción del 50 % dosis para respuesta [39].

Las tasas de respuesta al tratamiento antipsicótico de las formas tardías de psicosis son comparables a las de esquizofrenia de inicio juvenil. Hemos dicho que se necesitan dosis inferiores de antipsicóticos comparadas con las que se necesitan para el tratamiento de esquizofrenia en el adulto joven, pero superiores a las que se utilizan para los síntomas psicóticos secundarios a demencia. En demencias habitualmente las dosis de antipsicóticos no suelen superar al equivalente a 4 mg de haloperidol o 3 mg de risperidona al día [6].

No hay evidencia robusta convincente que respalde la ventaja de ningún antipsicótico, agente o clase de agentes antipsicóticos sobre otro con respecto a las tasas de interrupción [39].

En estudios que involucraron 5106 pacientes, en población con demencia, se observó tasas de mortalidad del 4,5% entre los pacientes que recibieron antipsicóticos atípicos, en comparación con el 2,6% entre los que recibieron placebo, por lo que el uso de estos fármacos ha generado una alerta por parte de las entidades reguladoras, lo que es válido considerar para los grupos con esquizofrenia en adultos mayores.

En relación a la dosis antipsicótica en esquizofrenia según estudios con encuestas de prescripción, la edad parece tener efectos bifásicos en la prescripción de la dosis antipsicótica. La dosis aumentó con la edad hasta la tercera década, posteriormente se estabiliza, y disminuye después de la quinta década. La primera mitad de esta relación invertida en forma de U puede ser atribuible a un proceso de deterioro en la fase temprana de la esquizofrenia y la contribución de la taquifilaxis (tolerancia de un sujeto al efecto de un fármaco) de antipsicóticos en el sistema dopaminérgico. La siguiente disminución relacionada con la edad en la dosis prescrita, está probablemente asociada con el envejecimiento fisiológico. Datos recientes sugieren que esta mayor sensibilidad antipsicótica con la edad proviene del declive funcional relacionado con el envejecimiento en el sistema dopaminérgico, incluida la dopamina endógena y la densidad del receptor de dopamina. Aunque la evidencia sobre los posibles mecanismos que subyacen a los efectos de la edad en la dosificación antipsicótica todavía es limitada, las alteraciones en el sistema dopaminérgico debido al envejecimiento y exposición crónica a este fármaco puede contribuir a la relación invertida en forma de U entre la dosis y la edad. Esta relación con la edad y sensibilidad antipsicótica destaca la importancia de encontrar la dosis efectiva más baja posible de respuesta a medicamentos antipsicóticos a medida que los pacientes envejecen, con el fin de mejorar los efectos en los síntomas y minimizar sus efectos secundarios [40].

La Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) ha emitido una advertencia sobre la asociación entre antipsicóticos atípicos y el riesgo de aumento de peso y diabetes. Se identifican diferentes niveles de riesgo de estos dos efectos adversos asociados con diferentes antipsicóticos atípicos: clozapina y olanzapina con mayor riesgo, seguido de quetiapina y risperidona. Con un más bajo incremento de peso y diabetes: aripiprazol y ziprasidona.

La risperidona de acción prolongada se asoció con mejoras significativas de los síntomas en pacientes ancianos estables con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo. El tratamiento fue bien tolerado en relación a condiciones metabólicas [41].

Recomendaciones para el manejo farmacológico

1. Monoterapia (evitar la polifarmacia), en lo posible un antipsicótico atípico.
2. Evaluar la sensibilidad al fármaco (respuesta y efectos secundarios)
3. Dosificación lenta (si es inicio) y menor dosis posible en la mantención.
4. Evaluaciones regulares e integrales, no olvidar patologías médicas asociadas.
5. Tener presente el riesgo cardiovascular y metabólico en este grupo por la medicación. [42]

TABLA 2. Fármacos antipsicóticos en el anciano.

Antipsicóticos	mg/día	Posibles ventajas	Posibles inconvenientes
Haloperidol	0.5 - 6	Efecto rápido. Útil en delirium.	Tasa elevada de efectos adversos. Uso limitado a períodos breves de tiempo.

Zuclopentixol	2 - 15	Eficaz para agresividad y conductas disruptivas.	Tasa elevada de efectos adversos. Uso limitado a períodos breves de tiempo.
Risperidona	0.5 - 4	Sin efectos anticolinérgicos. Indicación oficial en las demencias.	Mayor capacidad de producir síndrome extrapiramidal entre los antipsicóticos atípicos.
Olanzapina	2.5 - 7.5	Escasos síntomas extrapiramidales. Perfil sedante.	Ganancia de peso y mayor riesgo metabólico.
Quetiapina	50 - 200	Sin síntomas extrapiramidales. Perfil sedante.	Requiere titulación lenta. Riesgo metabólico intermedio.
Ziprasidona	40 - 120	Discreto efecto antidepresivo. Buen perfil metabólico.	Precaución en pacientes con arritmia.
Aripiprazol	5 - 10	Buen perfil metabólico.	Se requieren más estudios en ancianos.
Amisulpirida	100 - 400	Sin efectos anticolinérgicos.	Posibilidad de hiperprolactinemia y síntomas extrapiramidales

Nota: Las dosis más bajas suelen corresponder al tratamiento de los síntomas psicóticos de la demencia y, las más altas, a los adultos mayores con esquizofrenia de inicio temprano. Pacientes con esquizofrenia de inicio tardío suelen requerir dosis intermedias [6].

PSICOTERAPÉUTICO

El rol de la terapia cognitivo conductual (TCC) para aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida en pacientes esquizofrénicos jóvenes está bien establecido, sin embargo, su uso en pacientes ancianos no ha sido bien estudiado. McQuaid et al. sugieren la utilidad de un tratamiento integrado, combinando TCC y entrenamiento de habilidades sociales, además de entrenamiento de habilidades funcionales; enfoque que sería más apropiado para las necesidades de los adultos mayores con el objetivo de aminorar sus vulnerabilidades cognitivas, mejorar sus habilidades para hacer frente al estrés y promover la adherencia a los otros tipos de tratamiento [43-44].

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES

En comparación con los ensayos farmacológicos, la evaluación de las intervenciones psicosociales para las personas mayores que tienen esquizofrenia ha sido aún más limitada. Se han desarrollado varias intervenciones que se han ido específicamente adaptado para mejorar el funcionamiento en personas mayores con esquizofrenia. Estas intervenciones se han manualizado y entregado en entornos comunitarios con usuarios de salud Mmental. Las intervenciones fueron bien toleradas y tuvieron bajas tasas de abandono, y se asociaron con resultados positivos. Sin embargo, son estudios con muestras pequeñas, no aleatorios y con pacientes de edades de amplio rango y no se hizo análisis de subgrupo, por lo tanto, sus hallazgos no pueden ser extrapolados [45].

EJERCICIO FÍSICO COMO ESTRATEGIA DE ENVEJECIMIENTO EXITOSO.

Para toda la población de adultos mayores el envejecimiento exitoso es visto como un estado que involucra la ausencia de discapacidad acompañada de un alto funcionamiento físico, cognitivo y social. Las barreras entonces para el adulto mayor con esquizofrenia son altas dado que la enfermedad atenta en todas estas categorías. Si bien los estudios son preliminares y de pocos pacientes el ejercicio físico es una estrategia no farmacológica, integradora y de costo menor con una buena percepción de los usuarios [44, 46].

El tratamiento del adulto mayor afectado con esquizofrenia es multimodal abarcando estrategias farmacológicas y no farmacológicas que requieren un plan individual y personalizado cuyo objetivo es ir a la recuperación y al mantenimiento de capacidades que permitan una funcionalidad acorde con una buena calidad de vida.

CASOS CLÍNICOS

A continuación comentaremos situaciones clínicas de alta complejidad que encontramos en la clínica de forma habitual.

Esquizofrenia resistente en el adulto mayor

"Mujer de 68 años, Esquizofrenia diagnosticada hace 57 años. Hace 22 años debe iniciar Clozapina por severa diskinesia tardía por uso de neurolépticos, con buena respuesta. Presenta obesidad e insulinorresistencia. Tratamiento en monoterapia a dosis baja. No presenta otras comorbilidades médicas. Controles hematológicos normales y nunca ha presentado alarmas. En un intento de retirar el fármaco la paciente se reagudiza rápidamente en etapa de disminución de dosis. Se recupera rápidamente con la reinstalación. Se decide en su tratamiento no modificar prescripción pese a la clínica metabólica que presenta".

Comentario sobre uso de clozapina

La clozapina está indicada para los cuadros resistentes que se define como Pacientes que tras dos intentos, adecuados en dosis y tiempo de administración de tratamiento antipsicótico, persiste clínica moderada o intensa, ya sea en forma de síntomas positivos, desorganización o síntomas negativos, junto con funcionamiento social y laboral pobres durante un periodo prolongado de tiempo (Meltzer 1997). En un estudio de 527 adultos mayores con Esquizofrenia y que tomó como criterio de resistencia la no respuesta a tres antipsicóticos , dos de ellos atípicos, se encontró que Clozapina fue muy bien tolerado por los pacientes y la tasa de mortalidad (18.6% vs. (18%) fue igual a otros antipsicóticos de primera y segunda generación ($p < 0.18$). Las tasas de rehospitalización con clozapina fueron significativamente menor que las tasas para el período de cinco años antes de la exposición a la clozapina (0,41 frente a 3,8, $p < 0,001$). Lo que concluyó que la clozapina es eficaz y segura para el tratamiento de personas mayores [47].

Esquizofrenia y depresión en el adulto mayor

"Hombre de 66 años con historia de esquizofrenia resistente en tratamiento con clozapina hace diez años por sintomatología negativa y deterioro cognitivo. Con antecedentes de hipotiroidismo controlado. Sin otras comorbilidades médicas. Trabaja cuidando autos y vive con su familia de origen madre anciana y hermanos. En control regular después de vacaciones de verano, donde fue visto en el programa por enfermera, relata atropello de un tío muy querido hace dos meses. Hace seis semanas nota compromiso del ánimo, tristeza, labilidad emocional que se han ido incrementando con el tiempo. Hace dos semanas se agrega mal dormir, baja de peso por inapetencia. No quiere ir a su trabajo de cuidador de autos, se aísla en casa, no quiere ver TV (actividad que le gusta mucho) y siente que no vale la pena vivir. Se inicia sertralina en dosis antidepresivas. En control de 15 días, se siente mejor y la psicosis no se ha reagudizado. Se le ofrece psicoterapia para elaborar el duelo de la pérdida de su familiar en ese control. Lo que acepta".

Comentario sobre esquizofrenia en el anciano y depresión

Los pacientes Psicóticos se deprimen, al igual que la población general con fenómenos asociados al estrés o a las pérdidas vitales. En los centros primarios o incluso de especialidad se subestima esta comorbilidad por tener un diagnóstico severo como la Psicosis. Y generalmente no se agregan otros fármacos ni menos se ofrecen alternativas terapéuticas como psicoterapia dado que el foco del control es la reagudización de la psicosis. El uso de antidepresivos es de riesgo para los clínicos por el temor de exacerbar los síntomas psicóticos, sobre todo los antidepresivos de familias no serotoninérgicos. Los datos son contradictorios de los estudios, algunos muestran que el uso de antidepresivos mejora la cognición y el funcionamiento de estos estados depresivos con mejorías de puntuación de escalas del ánimo y funcionalidad, sin embargo, otros no muestran hallazgos de mejoría en la cognición pero si en el alivio sintomático. Sin embargo, desde la experiencia clínica hay que tratar a los pacientes cuando aparecen situaciones que lo ameritan y evaluar caso a caso. Además de sugerir otras intervenciones no farmacológicas [48-49].

Esquizofrenia en el adulto mayor y terapia electroconvulsiva (TEC)

"Paciente de 60 años, con esquizofrenia alucinatoria crónicamente aguda en tratamiento con clozapina con resultados parciales. Por severidad de su psicosis reside en un servicio de Larga Estadía Damas de Hospital Psiquiátrico monovalente. Con episodios esporádicos de reagudización de fenómenos productivos alucinatorios "voz de un perro que le ladra, me veo desnuda, voces que le comentan actos" y síntomas suicidales no presentes en periodos de interfases. Durante esos episodios, y el uso de múltiples asociaciones de neurolépticos orales y de depósito, atípicos y típicos, logra remitir solo con ciclos de terapia convulsiva. Durante última reagudización el paciente y equipo tratante junto a experto de unidad TEC, resuelve terapia de mantención TEC

quincenal. Con buena respuesta. Lleva 52 sesiones acumuladas sin efectos adversos y respuesta clínica".

Comentario esquizofrenia en el adulto mayor y TEC

La terapia electroconvulsiva (TEC) tiene indicaciones y efectos claros que cualquier clínico experto reconoce. Lamentablemente no está disponible en todos los centros y necesita personal entrenado y calificado. En una revisión de la evidencia científica actual sobre la TEC y sus usos en psiquiatría realizada por los suscritos se realizó una búsqueda en Web of Science, acotada al área de psiquiatría, en la que se incluyeron solo meta-análisis, revisiones sistemáticas y revisiones bibliográficas sobre TEC publicadas entre 2006-2016,cuyo resultados: incluyeron 49 artículos, de las cuales quince estudiaron el uso de TEC en trastornos afectivos, (particularmente depresión unipolar), diez sobre el uso de TEC en esquizofrenia, cinco sobre su uso en embarazadas, cinco sobre su uso en adultos mayores y dos sobre su uso en adolescentes. Los otros estudios abordaron los efectos neurológicos de TEC y sus distintas modalidades. En términos generales, el uso de TEC se encuentra bien respaldado para la fase aguda de tratamiento, la evidencia de mayor calidad se encontró para TEC en trastornos afectivos, y se describen resultados favorables incluso en población geriátrica.

La TEC continúa siendo el tratamiento de estimulación física más efectivo en psiquiatría, de uso actual en diversas patologías psiquiátricas. La evidencia sugiere que es una técnica segura para la cual no existen grandes contraindicaciones. Su utilidad y aplicabilidad puede ser fundamental como tratamiento de salvataje y de mantención en patologías psiquiátricas graves que ponen en riesgo la vida de los pacientes [50].

CONCLUSIÓN

La esquizofrenia del adulto mayor es una condición no visualizada y poco conocida en nuestro medio, esto pese a los cambios epidemiológicos y el pronóstico que tiene la condición gracias a los nuevos esquemas farmacológicos e intervenciones de tratamiento. Es necesario mayor investigación en este grupo etario y nuevas políticas para afrontar a los pacientes que componen este segmento de la población y que tienen características de atención particular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bugy M. The concept of psychosis:historical and Phenomelonological Aspects. Schizophrenia bull. 2008; 34: 1200-10.
2. Ey H. A propos du Traité de Psychopathologie de E. Minkowski, L'evolution Psychiatrique. 1968; (33) II: 363-7, Réédité dans L' Evolution Psychiatrique 199, 64: 585-8
3. Sanza, Viviana ; "Psicosis de tipo esquizofrénicos, en niños y adolescentes, desde el enfoque evolutivo cognitivo constructivista" Tesis para grado Magíster en Psicología Clínica infanto-juvenil. Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales Sociales, Noviembre 2011.

4. Ministerio del Desarrollo social, Gobierno de Chile. Encuesta CASEN 2011.
5. SENADIS Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile. II Estudio Nacional de la Discapacidad (ENDISC II) 2015.
6. Sanz J, Rubio G. Psicogeriatría. En: Rubio G, Jiménez M, Palomo T, Rodríguez R. Fundamentos de Psiquiatría, bases científicas para el manejo clínico. Madrid; 2015. 388-391.
7. Jeste D, Rockwell E, Harris M, et al: Conventional vs. newer antipsychotics in elderly patients. Am J Geriatr Psychiatry. 1999; 7: 70-76
8. Cremens, M., Wilkins, J., Wiechers, I. Care of the Geriatric Patient. In: Stern T.; Freudenreich O.; Smith F; Fricchione G.; Rosenbaum J. Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry. 2018.
9. Cohen C, Freeman K, Ghoneim D, Vengassery A, Ghezelaiagh B, Reinhardt M. Advances in the Conceptualization and Study of Schizophrenia in Later Life. Psychiatr Clin N Am. 2018; 41 (1): 39-53.
10. Cho RY et al. Neurobiology of mental ilness. Oxford Universe Press; 2004.
11. Charney DS, Nestler EJ, editores. Neurobiology of mental illness. New York: Oxford University Press; 2004.
12. Pearman A, Batra A. Late-Onset Schizophrenia: A Review for Clinicians. Clinical Gerontologist. 2012; 35 (2): 126-147.
13. Norton N, Williams HJ, Owen MJ. An update on the genetics of schizophrenia. Curr. Opin. Psychiatry. 2006; 19 (2): 158-164.
14. Howes OD, Kapur S. The dopamine hypothesis of schizophrenia: version III--the final common pathway. Schizophr. Bull. 2009; 35 (3): 549-562.
15. Seeman P. Glutamate and dopamine components in schizophrenia. J Psychiatry Neurosci 2009; 3 (2): 143-9.
16. Gaspar P, Bustamante M, Silva H et al. Molecular mechanism underlying glutamatergic dysfunction in schizophrenia: therapeutics. J Neurochem; 2009 Aug 4 (Epub ahead of print).
17. Susser E, Neugebauer R, Hoek HW, et al. Schizophrenia After Prenatal Famine Further Evidence. Arch. Gen. Psychiatry. 1996; 53 (1): 25-31.
18. Jablensky A. Epidemiology of schizophrenia: The global burden of disease and disability. Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. 2000; 250: 274-85.
19. Brown AS, Cohen P, Greenwald S, Susser E. Nonaffective psychosis after prenatal exposure to rubella. Am. J. Psychiatry 2000; 157: 438-43.
20. Buka SL, Tsuang MT, Torrey EF et al: Maternal infections and subsequent psychosis among offspring. Arch. Gen. Psychiatry, 2001; 58: 1032-37.
21. Torrey EF, Miller J, Rawlings R, Yolken RH. Seasonality of births in schizophrenia and bipolar disorder: a review of the literature. Schizophr. Res. 1997 Nov 7; 28 (1):1-38.
22. Malaespina D. Paternal factors and schizophrenia risk: de novo mutations and imprinting. Schizophr. Bull. 2001; 27: 379-393.
23. Marcelis M, Navarro-Mateu F, Murray R, Selten JP, Van Os J. Urbanization and psychosis: a study of 1942-1978 birth cohorts in The Netherlands. Psychol. Med. 1998 Jul; 28 (4): 871-9.
24. Mortensen PB, Pedersen CB, Westergaard T, Wohlfahrt J, Ewald H, Mors O et al. Effects of family history and place and season of birth on the risk of schizophrenia. N. Engl. J. Med. 1999; 340: 603-8.
25. McNeil TF, Cantor-Graae E, Ismail B. Obstetric Complications and Congenital Malformation in Schizophrenia. Brain Res. Brain Res. Rev. 2000 Mar; 31 (2-3): 166-78.
26. Kunugi H, Nanko S, Murray RM. Obstetric complications and schizophrenia: prenatal underdevelopment and subsequent neurodevelopmental impairment. Br J Psychiatry 2001; 178(S40): S25-29.
27. Schiffman J, Ekstrom M, LaBrie J, Schulsinger F, Sorensen H, Mednick S. Minor physical anomalies and schizophrenia spectrum disorders: A prospective investigation. Am. J. Psychiatry 2002; 159: 238-43.
28. Cannon TD. On the nature and mechanisms of obstetric influences in schizophrenia: a review and synthesis of epidemiologic studies. International Review of Psychiatry, 1997 (9): 387-97.
29. Geddes JR, Lawie SM. Obstetrics Complications and Schizophrenia a Metanalysis. Br. J. Psychiatry 1995; 167: 786-93.
30. Verdoux H, Geddes JR, Takei N, Lawrie SM, Bovet P, Eagles JM, et al. Obstetric Complications and age at onset in Schizophrenia: an international collaborative meta-analysis of individual patient data. Am. J. Psychiatry 1997; 154: 1220-27.
31. Bromet EJ, Kotov R, Fochtmann LJ, Carlson GA, Tanenberg-Karant M, Ruggero C,et al. Diagnostic

shifts during the decade following first admission for psychosis. Am J Psychiatry 2011; 168 (11): 1186-94
32. Haahr U, Friis S, Larsen TK, Melle I, Johannessen JO, Opjordsmoen S, et al. First-episode psychosis: diagnostic stability over one and two years. Psychopathology 2008; 41 (5): 322-9
33. Silva H, Jerez S. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos en el DSM-5. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2014; 52 (Supl 1): 9-15
34. Reinhardt M, Cohen C. Late-Life Psychosis: Diagnosis and Treatment. Curr Psychiatry Rep. 2015; 17 (1).
35. Urretavizcaya, M. Psiquiatría en el anciano. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría En: Vallejo, J. Barcelona; 2015.
36. Sadock B, Sadock V, Ruiz P. Geriatric Psychiatry. In: Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry. Philadelphia. 2015.
37. Cohen, C., Iqbal, M. Longitudinal Study of Remission Among Older Adults with SchizophreniaSpectrum Disorder.Am J Geriatr Psychiatry 2014; 22: 450-458
38. Talaslahti, T., Alanen, HM, Hakko, H., Isohanni, M., Häkkinen, U., Leinonen, E. Mortality and causes of death in older patients withschizophrenia.Int J Geriatr Psychiatry; 2012.
39. Van Citters, A., Pratt, S., Bartels, S., Jeste, D. Evidence-Based Review of Pharmacologic and NonpharmacologicTreatments for Older Adults with Schizophrenia. Psychiatr Clin N Am. 2005; 28: 913-939.
40. Uchida H, Mamo D. Dosing of antipsychotics in schizophrenia across the life-spectrum. Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry. 2009; 33: 917-920
41. Lasser R, Bossie C, Zhu Y, Gharabawi G, Eerdekens M, Davidson M.. Efficacy and safety of long-acting risperidone in elderly patients with schizophrenia and schizoaffective disorder. Int J Geriatr Psychiatry. 2004; 19: 898-905
42. Tsuboi T, Suzuki T, Uchida H. A Tipping Point in Drug Dosing in Late-Life Schizophrenia.Curr Psychiatry Rep. 2011; 13: 225-233
43. Granholm E, Holden J, Link PC, McQuaid JR, Jeste DV. Randomized controlled trial of cognitive behavioral social skills training for older consumers with schizophrenia: defeatist performance attitudes and functional outcome. Am J Geriatr Psychiatry. 2013; 21: 251-62.
44. Cohen CI, Hassamal SK, Begum N. General coping strategies and their impact on quality of life in older adults with schizophrenia.Schizophr Res 2011; 127: 223-28.
45. Cohen , C.I., Vahia, I., Reyes,P. Focus on geriatric psychiatry : Schizophrenia in later life:Clinical Symptoms anda social well -being, Psychuatric services 2008; 59: 232-234.
46. H. Leutwyler, RN, PhD,E. Hubbard, M.A., M. Slater"It's good for me": Physical Activity in Older Adults withSchizophrenia:Community Ment Health J. 2014; 50(1): 75-80
47. Pridan S, Swartz M, Baruch Y, Tadger S, Plopski I, Barak Y. Effectiveness and safety of clozapine in elderly patients with chronic resistant schizophrenia. International Psychogeriatrics. 2015; 27 (1): 131-134.
48. D'Antonio E, Serper M. Depression and cognitive deficits in geriatric schizophrenia .Schizophrenia Research. 2012; 134: 65-69.
49. Dawes S, Palmer B, Meeks T, Golshan S, Kasckow J, Mohamed S, Zisook S. Does Antidepressant Treatment Improve Cognition in Older People with Schizophrenia or Schizoaffective Disorder and Comorbid Subsyndromal Depression? Neuropsychobiology. 2012; 65: 168-172.
50. Llanos K, Monsalve R, Flores I. Usos actuales de la Terapia Electroconvulsiva. En: Psiquiatría: Estado del arte. Poster en el LXXI Congreso chileno de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Chile, 2016.

TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN EL ADULTO MAYOR

Bernardo Barra Cañas

RESUMEN

La población de adultos mayores (AM) a nivel mundial ha ido en aumento en las últimas décadas. Esto ha generado complejos desafíos a nivel social, económico y de salud. En este último punto, nos hemos encontrado con una alta prevalencia de enfermedades médicas crónicas y patología psiquiátrica concomitante, las que generan un deterioro en la capacidad funcional global de nuestros AM. Una de las patologías psiquiátricas más discapacitante son los trastornos de ansiedad. Los trastornos de ansiedad en la etapa tardía de la vida tienden a disminuir en número, pero quien los presenta, sigue sufriendo los efectos discapacitantes que estos generan.

Entre la población AM, los trastornos de ansiedad más prevalentes son las fobias (social y específica) y el trastorno de ansiedad generalizada. Ambos trastornos se caracterizan por la presencia de una angustia o preocupación excesiva frente a un estímulo externo. Esta angustia va acompañada de síntomas físico tales como palpitación, sudoración, disnea, etc. Debido al disconfort que puede generar a quien la padece, estos trastornos deben ser tratados con abordajes terapéuticos (siendo la terapia cognitivo conductual la que ha mostrado mejores resultados) y farmacológicos.

INTRODUCCIÓN

La pirámide demográfica ha sufrido cambios importantes durante el último tiempo, donde el grupo de personas mayores de 65 años ha presentado un rápido crecimiento. Este proceso ha traído consigo múltiples cambios a nivel social, económico y de salud. Dentro de los problemas de salud detectados en este grupo, se encuentran el aumento de las patologías médicas crónicas y psiquiátricas (episodios depresivos, trastornos ansiosos, psicosis, etc.), las cuales han provocado sufrimiento, deterioro funcional y un aumento en la morbimortalidad de nuestros adultos mayores (AM). Frente a este

escenario surge como necesidad primordial, realizar una puesta al día de la patología mental de los AM, centrándonos en esta ocasión, en los trastornos de ansiedad de los ancianos.

DEFINICIÓN DE ANSIEDAD

Parece fundamental comenzar con una definición de lo que llamamos ansiedad, la cual ha sido definida por varios autores y tomada como sinónimo de angustia, estrés, temor, etc. Agüera y colaboradores la definen como un fenómeno de adaptación frente a un estímulo amenazante o peligroso, el cual cumple un rol en la supervivencia de un individuo [1]. La ansiedad es considerada una respuesta normal en el ser humano, la cual compromete la esfera emocional, psicomotora, fisiológica y cognitiva. Este fenómeno adaptativo se torna patológico, cuando comienza a deteriorar la funcionalidad y rendimiento de quien la padece, aumenta la intensidad de las manifestaciones físicas (palpitaciones, presión torácica, disnea, etc.), se reduce la libertad del sujeto y se hace más frecuente e intensa [2].

EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia para los trastornos de ansiedad en los AM es de 1,2 al 15% [3, 4]. Estos trastornos ansiosos en AM, se han relacionado con un mayor riesgo de presentar patologías cardiovasculares y cognitivas [5], por lo que su diagnóstico y tratamiento oportuno son de vital importancia. Diversos estudios han demostrado que la mayoría de los trastornos ansiosos ocurren en las etapas tempranas de la vida, siendo la excepción, el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y las fobias, que pueden aparecer con más frecuencia en etapas más tardías de la vida [6] y que tienen una tasa de prevalencia de 1.2-7.3% y 3.1-10.2% respectivamente [7]. Es importante mencionar que muchos de estos resultados son extrapolados de poblaciones más jóvenes. En la Tabla 1 se resumen las tasas de prevalencia de algunos de los trastornos ansiosos más frecuentes de los AM.

TABLA 1

DIAGNÓSTICO	PREVALENCIA
Trastorno de ansiedad Generalizada	1.2-7.3%
Fobias	3.1-10.2%
Trastorno de pánico	0.1-1.0%
Trastorno de estrés post-traumático	0.4-1.0%

ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN EL AM

Existen múltiples factores involucrados en la génesis de los trastornos de ansiedad, entre los que encontramos circuitos neuronales, factores genéticos, neurotransmisores, aspectos psicológicos y causas médicas.

NEUROBIOLOGÍA

Diversos estudios (la mayoría extrapolados de poblaciones más jóvenes) han arrojado la participación de estructuras anatómicas, con sus respectivos circuitos neuronales, siendo las más destacadas la amígdala y la ínsula, las cuales presentarían una hiperactivación frente a estímulos percibidos como riesgosos. Otras estructuras relacionadas con la aparición de los trastornos de ansiedad serían, el tálamo, la corteza prefrontal ventro-dorso-medial y el cingulado dorsal y rostral, los cuales sufrirían una hipoactivación en los trastornos ansiosos. Lo anteriormente dicho, podría no ser así en los AM, por los cambios cerebrales que sufren con los años. Los pocos estudios realizados en ancianos, han sido enfocados en TAG, donde se observa mayor respuesta de la amígdala, una mayor conectividad prefrontal amígdala-dorsolateral y una mayor conectividad insular orbitaria [5].

GENÉTICA

Al parecer la herencia estaría ligada para generar una susceptibilidad de padecer trastornos de ansiedad, pero no hay estudios en población de ancianos que especifiquen los factores involucrados.

NEUROTRASMISORES

Existen diversos neurotransmisores que estarían vinculados al manejo de los cuadros ansiosos:

- Circuitos serotoninérgicos: Serían uno de los principales involucrados [8]. Un aumento del tono de este circuito, generaría una reducción de la ansiedad, lo que se observa en la respuesta de los síntomas ansiosos a los fármacos que aumentan la serotonina en la unión sináptica.
- Circuitos gabaérgicos: El incremento de la neurotransmisión mediada por GABA, tiene un efecto ansiolítico inmediato, es aquí donde actúan ciertos fármacos tales como benzodiacepinas y algunos antiepilépticos.
- Circuitos dopaminérgicos: El bloqueo de los receptores D2, tiene un efecto ansiolítico
- Circuitos noradrenérgicos: Están hiperactivados en los cuadros ansiosos, siendo los responsables de ciertos síntomas físicos como la tensión muscular y la taquicardia.

- Circuitos glutamatérgicos: Es el principal neurotransmisor excitatorio del sistema nervioso central. El antagonismo y el agonismo de la vía del glutamato parece ser eficaz en la reducción de la ansiedad.

FACTORES DE RIESGO DEMOGRÁFICOS

Entre los factores de riesgo más frecuentes encontramos: Sexo femenino, ser soltero(a)/separado(a)/viudo(a), pertenecer a un bajo nivel socio cultural y padecer alguna patología médica crónica [9].

ASPECTOS PSICOLÓGICOS

Los diversos cambios que van experimentando los AM con el avanzar de los años, tales como el proceso de jubilación, abandono familiar, alteración de alguna de sus capacidades (Físicas o cognitivas) [10], problemas económicos y pérdida de seres queridos, van alterando su estabilidad emocional, lo que se ve acompañado muchas veces de aumento de su ansiedad, y la presencia de síntomas físicos (palpitaciones, disnea, cefaleas, opresión torácica, etc.) Esta sintomatología ansiosa, comienza lentamente a afectar en su vida diaria, llegando incluso a paralizarlos afectivamente.

CAUSAS MÉDICAS

La relación de los trastornos de ansiedad y la enfermedad médica, es bidireccional, es decir, pueden aparecer trastornos ansiosos frente a la presencia de ciertas enfermedades médicas (siendo las más frecuentes las cardiovasculares, endocrinas, respiratorias y neurológicas) [11, 12], así como puede aumentar el riesgo que aparezcan patologías médicas secundaria a la presencia de un trastorno ansioso tales como enfermedad cardiovascular, cerebrovascular y úlcera péptica [13, 14]. En la Tabla 2 se resumen algunas de estas patologías que pueden provocar la aparición de un trastorno de ansiedad.

TABLA 2

CAUSA MÉDICA	
Endocrinológica	Hipertiroidismo Hipotiroidismo Enfermedad de Cushing Hiperpotasemia
Cardiovascular	Arritmia Insuficiencia cardiaca Infarto agudo al miocardio
Neurológica	Delirium Demencia Enfermedad de Parkinson Accidente cerebrovascular

	Traumatismo craneal
	Tumor cerebral
Respiratoria	Insuficiencia respiratoria
	EPOC
	Asma
	Enfisema pulmonar
	Embolia pulmonar

EVALUACIÓN CLÍNICA

La presentación clínica de los trastornos de ansiedad en el grupo de AM, difiere en ciertos detalles si lo comparamos con la presentación de pacientes más jóvenes. Esto podría ser producto de los cambios funcionales y anatómicos a nivel cerebral que experimentan los ancianos [15], y la presencia de una mayor comorbilidad médica. Esta diferencia clínica, y la presencia de síntomas leves, que no cumplen criterios para diagnosticar un trastorno de ansiedad, lleva muchas veces a subdiagnosticar esta patología y por ende que sea infratratada [7].

Si bien en los pacientes adultos mayores pueden aparecer los síntomas clásicos de ansiedad que ya conocemos (palpitaciones, sudoración, despersonalización, miedo a perder el control, dolor muscular, etc.), muchas veces la ansiedad se manifiesta con síntomas menos sugerentes, tales como miedo a caerse, mareo, sensación de inestabilidad o vértigo y temblor [16]. Es aquí donde la experiencia y conocimiento clínico toman un rol fundamental.

Al momento de evaluar la presencia de un trastorno de ansiedad, es muy importante realizar una adecuada entrevista clínica (anamnesis), donde se obtengan los síntomas clínicos con el mayor detalle, la patología médica, psiquiátrica y neurológica que presenta el AM, los hábitos (consumo de alcohol y sedantes), valorar la personalidad y biografía, valorar actividades y circunstancias de vida, los fármacos que tiene indicados, y la historia médica y psiquiátrica familiar. Esto debe ir siempre acompañado del relato de un familiar o cuidador a cargo, quien objetivará los datos entregados por el paciente, y aportará información valiosa del paciente. El uso de pruebas de laboratorio puede ser de utilidad debido a la comorbilidad médica que hay en los AM, entre las de mayor importancia están las pruebas tiroideas, ácido fólico, vitamina B12, hemograma, electrocardiograma, perfil hepático, bioquímico y renal.

FORMAS CLÍNICAS DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Con la aparición del DSM-V, se realizaron algunos cambios en el grupo de los trastornos de ansiedad, lo que se vio reflejado en la inclusión o exclusión de ciertas patologías. Un ejemplo de esto es el trastorno obsesivo compulsivo (TOC), el cual pasó a formar una categoría diagnóstica aparte. Pese a estos cambios que ayudarían a facilitar el diagnóstico y manejo clínico, sigue quedando al debe un anexo enfocado en los AM, que como hemos visto anteriormente, presentan una sintomatología distinta o más leve. En la

Tabla 3 se resumen las patologías que forman actualmente el grupo de los trastornos de ansiedad según el DSM-V [17].

TABLA 3

TRASTORNO DE ANSIEDAD	
Mutismo selectivo	Trastorno de angustia (Trastorno de pánico)
Trastorno de ansiedad por separación	Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)
Fobia específica	Trastorno de ansiedad inducida por sustancias/médicas
Trastorno de ansiedad social	Trastorno debido a otra enfermedad médica
Agorafobia	Otros trastornos de ansiedad no especificados.

Fuente: Trastornos de Ansiedad DSM-V

Tal como hemos mencionado, los trastornos ansiosos (TA) en el AM son menos frecuentes que en etapas tempranas de la vida, por lo que nos centraremos en la presentación clínica de los que TA que encontramos con más frecuencia en nuestra práctica clínica diaria: Los trastornos de ansiedad generalizada (TAG) y las fobias.

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG)

Tal como hemos señalado en el inicio de este capítulo, el TAG es el trastorno de ansiedad más frecuente en los AM. Aproximadamente la mitad de los casos tendrían un inicio temprano, y la mitad de estos podrían tener una nueva aparición en etapas tardías de la vida [18]. Se acompaña en general de una alta comorbilidad médica (ejemplo: cardiovascular, gastroenterológica) y psiquiátrica (ejemplo: Depresión, fobias, abuso de alcohol y sedantes, y trastorno de personalidad dependiente y evitativo), lo que repercute negativamente en el funcionamiento físico, emocional y cognitivo diario del paciente [19].

Para realizar el diagnóstico, él paciente debe cumplir los siguientes criterios según DSM-5:

- Ansiedad y preocupación excesiva que se observan durante un período superior a seis meses, que se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones/actividades (trabajo, talleres, rendimiento, etc.)
- Dificultad para controlar la preocupación
- La ansiedad y preocupación se acompañan de al menos otros tres síntomas: inquietud/agitado o nervioso; fatiga precoz; dificultad para concentrarse/tener la mente en blanco; irritabilidad; tensión muscular; trastornos del sueño.
- La ansiedad, preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro de valor en el ámbito social, laboral o de otras áreas importantes del funcionamiento.

- El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra condición médica.
- La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (Trastorno de pánico, fobia social, trastorno de ansiedad por separación, etc.)

Encontramos asociado al TAG, la presencia de síntomas físicos tales como la presencia de tensión motora, respuesta de sobresalto exageradas, palpitaciones, disnea, mareos, cefaleas, gastralgias, etc. A esto se suma la presencia de arousal (aumento del tono interno), con la consecuente presencia de insomnio, irritabilidad y alteración de la memoria, la concentración y la atención [17].

Si bien el diagnóstico del TAG es clínico, se pueden utilizar ciertos instrumentos de tamizaje como apoyo, uno de estos es la escala de ansiedad GAD-7, la cual tiene una sensibilidad de 89% y una especificidad de 82%, y permite identificar la presencia de TAG y el grado de severidad. Un puntaje de 10 o más en el GAD-7 representa un punto de corte razonable para identificar un TAG. Los puntos de corte de 5, 10 y 15 representan niveles leves, moderados y severos de ansiedad [20]. En la Tabla 4 se muestra la escala GAD-7.

TABLA 4

Señale con qué frecuencia ha sufrido los siguientes problemas en los últimos 15 días.	Nunca	Menos de la mitad de los días.	Más de la mitad de los días.	Casi todos los días.
Se ha sentido nervioso, ansioso o muy alterado.	0	1	2	3
No ha podido dejar de preocuparse.	0	1	2	3
Se ha preocupado excesivamente por diferentes cosas.	0	1	2	3
Ha tenido dificultad para relajarse.	0	1	2	3
Se ha sentido tan intranquilo que no podía estarse quieto.	0	1	2	3
Se ha irritado o enfadado con facilidad.	0	1	2	3
Ha sentido miedo, como si fuera a suceder algo terrible.	0	1	2	3

Si marcó algún problema, ¿qué tan difícil le han resultado estos problemas, para realizar su trabajo, las cosas del hogar y relacionarse con otras personas?

Nada Algo difícil Muy difícil Extremadamente difícil

Otro instrumento útil y validado en AM por el grupo de Carmen Andreescu et al [21], es la escala de severidad de los trastornos de ansiedad generalizada la cual es un instrumento válido y confiable para estudios que evalúan la gravedad de los síntomas del TAG en los ancianos.

FOBIAS

Las fobias son un tipo de trastorno de ansiedad, caracterizado por un miedo persistente e irracional a un objeto o situación específica, el cual genera un deterioro en el funcionamiento de quien la padece debido a la evitación constante de ese objeto o

situación. Las temáticas fóbicas en el AM no difieren mayormente de las presentadas por los adultos e incluyen temáticas como temor a espacios cerrados, animales, consultas médicas, procesos quirúrgicos, quedarse solo en casa, salir fuera de casa y a temas sociales.

A continuación, detallaremos cómo realizar el diagnóstico de las fobias específicas y la fobia social según el manual diagnóstico DSM-V:

Fobias específicas (FE)

- Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (por ejemplo, volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).
- La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada.
- La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional.
- La(s) situación(es) fóbica(s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.
- Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.
- La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Especificar tipo:

- Tipo Animal
- Tipo situacional
- Tipo ambiental
- Tipo Sandre-inyecciones-daño

Otros tipos (por ejemplo, evitación fóbica de situaciones que pueden provocar atragantamiento, vómito o adquisición de una enfermedad; en los niños, evitación de sonidos intensos o personas disfrazadas).

En los AM las fobias específicas más frecuentes se relacionan con situaciones concretas (Ej: Miedo a caerse, perderse, ser atropellado, ser agredido, a quedarse solo, etc.)

Fobia Social

La fobia Social (FS), es un marcado temor a ser sometido a escrutinio en situaciones sociales comunes. La angustia experimentada hace que el paciente evite las actividades sociales, lo que resulta en un deterioro del funcionamiento diario de quien la padece [22]. Los criterios diagnósticos del DSM-V para FB son:

- Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso.
- La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación.
- El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional.
- Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.
- Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.
- El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental.
- Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el criterio A no se relaciona con estos procesos (por ejemplo, el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

Especificar si:

- Generalizada: si los temores hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales (considerar también el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación).

MANEJO

El manejo de los trastornos de ansiedad en población anciana, debe ser multidisciplinario, de lo contrario los resultados en general son deficientes. Este manejo debe ser realizado por psiquiatras, geriatras (que manejen la comorbilidad médica), psicólogos, asistentes sociales (que manejen factores sociales, familiares), etc.; donde cada integrante cumple un rol principal en el enfrentamiento de un cuadro ansioso,

evaluando y manejando según su área del conocimiento, las alteraciones provocadas por la ansiedad. Las áreas de acción abarcan la estimulación física y cognitiva, la farmacoterapia, la psicoterapia, la interacción social, el mayor grado de independencia del paciente, la alimentación saludable y el involucramiento de los integrantes de la familia del AM.

Dentro del manejo del paciente con trastorno de ansiedad, encontramos el manejo farmacológico y el no farmacológico, siendo la que presenta mayores beneficios la psicoterapia cognitivo conductual, a la cual nos referiremos más adelante.

MANEJO FARMACOLÓGICO

El manejo psicofarmacológico en los pacientes AM que cursan con un trastorno de ansiedad, debe tener en cuenta el adagio, "comienza bajo y ve lento hacia delante", en respuesta a los cambios sufridos por los AM desde el punto de vista farmacocinético y farmacodinámico. Entre los cambios importantes encontramos disminución del efecto de primer paso hepático, aumento de la grasa corporal, disminución de la albúmina plasmática, disminución de la capacidad metabólica, disminución del flujo plasmático renal, etc. [23].

Todas situaciones que pueden provocar el aumento de la biodisponibilidad del fármaco, lo que podría generar efectos indeseados en nuestro paciente.

Si bien el manejo de los trastornos de ansiedad en el AM no difiere particularmente del realizado a los adultos no geriátricos, la presencia de comorbilidad médica y polifarmacia que con frecuencia acompaña a este grupo, pueden provocar algunos elementos diferenciales en el tratamiento.

Los tratamientos más frecuentemente utilizados para el manejo de los trastornos ansiosos son los antidepresivos y las benzodiacepinas, siendo este último grupo ampliamente utilizado por médicos especialistas y no especialistas en población de AM, pese a los riesgos que esto puede traer (adicción, somnolencia, mayor riesgo de caídas con la consiguiente fractura de cadera y deterioro de las funciones cognitivas). Entre los antidepresivos que han mostrado mayor eficacia en el tratamiento de los trastornos de ansiedad se encuentran el citalopram, sertralina y venlafaxina con efecto prolongado [7].

Debido a que los trastornos de ansiedad tienen una menor prevalencia en AM, nos centraremos en el tratamiento farmacológico de los que se presentan con mayor frecuencia en la práctica clínica diaria:

Manejo farmacológico del trastorno de ansiedad generalizada: en la Tabla 5 se resumen los tratamientos más eficaces [24].

TABLA 5

TRATAMIENTO	FARMACO
Primera línea	Agomelatina, duloxetina, escitalopram, paroxetina, pregabalina, sertralina, venlafaxina XR.

Segunda línea	Alprazolam, bupropion XL, buspirona, diazepam, imipramina, lorazepam, quetiapina XR, Vortioxetina.
Tercera línea	Citalopram, divalproato, fluoxetina, mirtazapina, trazodona.
Terapia co-adyuvante	Segunda línea: Pregabalina Tercera línea: Aripiprazol, olanzapina, quetiapina, quetiapina XR, risperidona.
No recomendado	B-Bloqueadores (Propanolol)

Nota: En los pacientes ancianos es importante evitar el uso de psicofármacos con efectos anticolinérgicos importantes (Ej: paroxetina e imipramina), por los efectos secundarios que acompañan a estas moléculas.

Fuente: Adaptación de Guías CANMAT

Manejo farmacológico de las fobias: En la Tabla 6 se resumen los tratamientos recomendados [24]

- Fobias específicas: En tipo de fobia la farmacoterapia tiene un rol muy escaso, en gran parte debido a la falta de investigación sobre medicamentos en esta condición y el éxito de terapias basadas en la exposición. Entre los estudios realizados con psicofármacos los que han reportado un mayor éxito son paroxetina y escitalopram. El rol de las benzodiacepinas, sería más bien de apoyo a las terapias de exposición [24].
- Fobia social: Las intervenciones farmacológicas tienen buena eficacia en el tratamiento de la fobia social, destacando los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), inhibidores de la recaptura de noradrenalina (ISRN), anticonvulsivos y benzodiacepinas. En la Tabla 6 se resumen los tratamientos más eficaces [24].

TABLA 6

TRATAMIENTO	FARMACO
Primera línea	Escitalopram, fluvoxamina, paroxetina, pregabalina, sertralina, venlafaxina XR.
Segunda línea	Alprazolam, citalopram, clonazepam, gabapentina.
Tercera línea	Atomoxetina, bupropion SR, Clomipramina, divalproato, duloxetina, fluoxetina, mirtazapina, moclobemida, olanzapina, topiramato.
Terapia co-adyuvante	Tercera línea:Aripiprazol, buspirona, paroxetina, risperidona. No recomendado: Clonazepam
No recomendado	Atenolol, imipramina, levetirazetam, propanolol, quetiapina.

Fuente: Adaptación de Guías CANMAT.

MANEJO NO FARMACOLÓGICO

Si bien, el manejo no farmacológico de los trastornos de ansiedad en el AM puede ser abordado de varias maneras (Ej: terapia de apoyo, educación del paciente y la familia, apoyo y contención terapia cognitiva, terapia cognitivo conductual y terapia de

relajación) [25], y hay que elegir la que sea más beneficiosa para cada paciente, la herramienta que ha mostrado ser más eficaz para el manejo del TAG, es la psicoterapia cognitivo conductual (TCC) [7]. Este tratamiento psicoterapéutico, puede desarrollarse como terapia única con buenos resultados, pero en general suele acompañarse del tratamiento farmacológico ya mencionado. Al igual que con el tratamiento farmacológico, nos centraremos en el TAG y las fobias.

Manejo no farmacológico del trastorno de ansiedad generalizada:

Diversos estudios demuestran que la TCC, reduce significativamente los síntomas del TAG en comparación con el placebo [26]. Esta terapia ha sido eficaz con un número de ocho sesiones y con un enfoque en el manejo metacognitivo y el manejo de la incertidumbre. La terapia psicodinámica también puede ser beneficiosa, pero no hay estudios que avalen su supremacía por sobre la TCC.

Manejo no farmacológico de las fobias:

- Fobias Específicas:

Los tratamientos basados en la exposición, son los tratamientos de elección y tienen una alta tasa de éxito en la remisión de fobias específicas, sobre todo si las sesiones se agrupan juntas, son de larga duración, reales y brindada en múltiples configuraciones diferentes [27].

- Fobia Social:

La terapia más efectiva en la FS, es la terapia cognitivo conductual, se basa en la reestructuración de los pensamientos inadecuados y en la terapia de exposición. Algunos estudios refieren que después de la interrupción del tratamiento, los logros alcanzados con la TCC pueden persistir más de lo que se logra con la farmacoterapia [28].

CONCLUSIÓN

Como hemos visto en el desarrollo de este capítulo, los trastornos de ansiedad en la población de adultos mayores, tienen una menor prevalencia que en la población adulta, siendo los más prevalentes los trastornos de ansiedad generalizada y las fobias. Una de los motivos de esta baja prevalencia, podría ser la baja frecuencia con que se diagnostican estas patologías, producto de la sutileza de sus síntomas, diferente presentación clínica, la elevada comorbilidad médica y psiquiátrica, etc. Es por este motivo que cobra mayor importancia conocer las manifestaciones clínicas de estos trastornos por parte de los tratantes. Por otro lado, nos encontramos con escases de estudios científicos enfocados en el tratamiento de los trastornos de ansiedad en población anciana, lo que provoca que muchos de nuestros manejos no sean óptimos o

específicos para este grupo etario. Esto nos plantea nuevamente el desafío de realizar estudios de investigación enfocados en nuestros AM, lo que nos permitirá dar mejores soluciones para nuestra población AM.

BIBLIOGRAFÍA

1. Agüera Ol, Cervilla BJ, Martín CM. Trastornos de ansiedad. Psiquiatría geriátrica. 2 ed. Barcelona: Masson; 2006: 551-574.
2. Sáiz RJ, Montes JM. Trastorno de ansiedad. Medicine. 2003; 8 (106): 5693-703
3. Bryant C, Jackson H, Ames D. The prevalence of anxiety in older adults: Methodological issues and a review of the literature. J Affect Disord [Internet]. 2008; 109 (3): 233–50
4. Ritchie K, Artero S, Beluche I, Ancelin ML, Mann A, Dupuy AM, et al. Prevalence of DSM-IV psychiatric disorder in the French elderly population. Br J Psychiatry. 2004; 184 (FEB.): 147–52.
5. Andreescu C, Varon D. New Research on Anxiety Disorders in the Elderly and an Update on Evidence-Based Treatments. Curr Psychiatry Rep. 2015; 17 (7): 53.
6. Le Roux H, Gatz M, Wetherell JL. Age at Onset of Generalized Anxiety Disorder in Older Adults. Am J Geriatr Psychiatry. 2005;13(1):23–30
7. WolitzkyTaylor KB, Castriotta N, Lenze EJ, Stanley MA, Craske MG. Anxiety disorders in older adults: A comprehensive review. Depress Anxiety. 2010;27 (2): 190–211.
8. Marcinkiewcz CA, Mazzone CM, D'Agostino G, Halladay LR, Hardaway JA, Diberto JF, et al. Serotonin engages an anxiety and fear-promoting circuit in the extended amygdala. Nature. 2016; 537(7618): 97–101.
9. http://nihseniorhealth.gov/anxietydisorders/aboutanxietydisorders
10. Corna LM, Cairney J, Herrmann N, Veldhuizen S, McCabe L, Streiner D. Panic disorder in later life: Results from a national survey of Canadians. Int Psychogeriatrics. 2007; 19 (6): 1084–96.
11. Yohannes AM, Baldwin RC, Connolly MJ. Depression and anxiety in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease. Age and Ageing. 2006; 35 (5): 457–9.
12. Kathol RG, Turner R, Delahunt J. Depression and anxiety associated with hyperthyroidism: Response to antithyroid therapy. Psychosomatics. 1986;27 (7): 501–5.
13. Chang WH, Chen WT, Lee IH, Chen PS, Yang YK, Chen KC. Coexisting anxiety disorders alter associations with physical disorders in the elderly: A Taiwan cross-sectional nationwide study. Psychiatry Clin Neurosci. 2016;70 (5): 211–7.
14. Niles AN, Dour HJ, Stanton AL, Roy-Byrne PP, Stein MB, Sullivan G, et al. Anxiety and depressive symptoms and medical illness among adults with anxiety disorders. J Psychosom Res. 2015;78 (2): 109–15.
15. Gunning-Dixon FM, Gur RC, Perkins AC, Schroeder L, Turner T, Turetsky BI, et al. Age-related differences in brain activation during emotional face processing. Neurobiol Aging. 2003; 24 (2): 285–95.
16. Arias FA, Melendo GJ. Trastornos de ansiedad en el paciente anciano. Medicine. 2015; 11 (84): 5022-30
17. American Psychiatric Association. DSM-V. American Journal of Psychiatry. 2013.
18. Chou K-L. Age at Onset of Generalized Anxiety Disorder in Older Adults. Am J Geriatr PsychiatrY. 2009; 17 (6): 455–64.
19. Mackenzie CS, Reynolds K, Chou K-L, Pagura J, Sareen J. Prevalence and correlates of generalized anxiety disorder in a national sample of older adults. Am J Geriatr Psychiatry. 2011; 19(4): 305–15.
20. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. Una breve medida para evaluar el trastorno de ansiedad generalizada El GAD-7. Arch Intern Med. 2006; 166 (10): 1092-97.
21. Andreescu C, Belnap BH, Rollman BL, Houck P, Ciliberti C, Mazumdar S, et al. Generalized anxiety disorder severity scale validation in older adults. Am J Geriatr Psychiatry. 2008; 16 (10): 813–8
22. Cairney J, McCabe L, Veldhuizen S, Corna LM, Streiner D, Herrmann N. Epidemiology of social phobia in later life. Am J Geriatr Psychiatry. 2007;15 (3): 224–33.
23. Chamorro L. Psicofármacos en el anciano. Rev Clin Esp. 2005: 205 (10): 513-17
24. Katzman MA, Bleau P, Blier P, Chokka P, Kjernisted K, Ameringen M Van. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders.

BMC Psychiatry. 2014; 14 (Suppl 1).
25. Ayers CR, Sorrell JT, Thorp SR, Wetherell JL. Evidence-based psychological treatments for late-life anxiety. Psychol Aging. 2007; 22 (1): 8–17.
26. Hunot V, Churchill R, Silva de Lima M, Teixeira V. Psychological therapies for generalised anxiety disorder. Cochrane Database Syst Rev. 2007;(1): CD001848.
27. Hood H, Antony M. Evidence-based assessment and treatment of specific phobias in adults. Intensive one-session treatment of specific phobias. New York: Springer; Davis T, Ollendick T, Öst L-G 2012:19-42. Autism and Child Psychopathology Series.
28. Haug TT, Blomhoff S, Hellstrom K, Holme I, Humble M, Madsbu HP, et al. Exposure therapy and sertraline in social phobia: I-year follow-up of a randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2003; 182: 312–8.

TRASTORNOS DEL SUEÑO EN EL ADULTO MAYOR

Leonardo Serra

RESUMEN

Las alteraciones fisiológicas que se producen durante la tercera edad, se traducen también en cambios en el dormir que deben conocerse para poder hacer la distinción con los cuadros que constituyen patología. Si bien los trastornos de sueño son prevalentes en la población general, estos aumentan con la edad. En general el diagnóstico es sencillo, pero cada cuadro requiere un manejo específico, por lo que la clara identificación de ellos es fundamental para su adecuado tratamiento, que a su vez es de vital importancia porque estas condiciones en los adultos mayores se asocian a mayor riesgo de caídas, peor calidad de vida, riesgo de institucionalización, deterioro cognitivo y mayor mortalidad. Las patologías más frecuentes son el Insomnio y los Trastornos Respiratorios del Sueño, pero se deben tener en cuenta también la presencia de trastornos circadianos como la Fase Adelantada de Sueño o el Ciclo Irregular de Sueño-Vigilia; parasomnias como el Trastorno Conductual del Sueño REM y trastornos del movimiento como el Síndrome de Piernas Inquietas. Es muy habitual que los adultos mayores tengan patología crónica que requiera farmacoterapia, y los medicamentos pueden ser una causa importante de trastornos del sueño.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos del sueño son muy prevalentes, pudiendo estar presentes entre el 15 a 20% de la población general, sin embargo pueden llegar a afectar hasta al 50% de los adultos mayores. Esto se debe a la suma de varios factores, siendo los principales los cambios propios de la edad, la mayor frecuencia de enfermedades crónicas y el uso de fármacos que va aparejado con ello habitualmente. Otras condiciones son los malos hábitos de sueño, condiciones ambientales desfavorables (institucionalización, malas condiciones de luz, ausencia de claves ambientales), hábitos alimentarios inadecuados,

exceso de siesta (asociado a sedentarismo), mayor frecuencia de nicturia, etc. El mal dormir en adultos mayores se asocia a mayor riesgo de caídas, peor calidad de vida, riesgo de institucionalización y mayor mortalidad [1, 2]. Una de las condiciones que son cada vez más prevalentes, cuya frecuencia va aumentando con la edad y se están transformando en un problema de salud pública son los trastornos cognitivos, y la evidencia de los metanálisis así lo ha demostrado, con un Riesgo Relativo de 1.53 (IC95% 1.07-2.18) para desarrollar demencia entre quienes sufren insomnio crónico [3]. Una revisión de más de 4 millones de pacientes. evidenció un 26% de riesgo de desarrollar un deterioro cognitivo, especialmente en funciones ejecutivas, para los adultos mayores que padecían trastornos respiratorios del sueño [4].

A medida que se envejece, y en paralelo al envejecimiento del resto del organismo, la capacidad para dormir sufre cambios, en general se conserva el tiempo total de sueño, pero se reduce el sueño nocturno y se compensa con una siesta (el sueño vuelve a ser bimodal, en dos tiempos), manteniendo aproximadamente 7 horas como una cantidad total en 24 horas que se considera adecuada para un adulto mayor, y no menos de 6 horas diarias. La tendencia a permanecer más tiempo en cama, pero durmiendo menos, hace que se reduzca lo que se llama Eficiencia de Sueño (que se calcula como Tiempo Total de Sueño dividido por Tiempo en Cama, pero que sin embargo considera solo el sueño nocturno). Desde edades tempranas, y más acentuado en la tercera edad, se va reduciendo en forma progresiva el sueño N3 o Sueño de Onda Lenta (sueño normalmente percibido como “sueño profundo”), por lo que el sueño se vuelve más superficial, y aumentan los despertares y microdespertares [5]. Estos cambios se consideran fisiológicos en la medida en que se mantenga la capacidad de descanso, y no haya dificultad en retomar el sueño luego de haber despertado en varias ocasiones.

Adicionalmente el funcionamiento del núcleo supraquiasmático (reloj biológico) y su sensibilidad para ajustarse a las claves ambientales en modo de regular el ciclo circadiano se ven reducidas por el envejecimiento fisiológico. Se reduce progresivamente la secreción de Melatonina y la opacidad del cristalino interfiere con el estímulo luminoso que regula su ritmo circadiano. La reducción en la amplitud del ciclo circadiano favorece los despertares nocturnos y la mayor somnolencia diurna [6].

TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO

Los trastornos respiratorios del sueño son un grupo heterogéneo de cuadros que incluyen la hipoventilación, todas las variantes de apneas centrales, y el espectro de trastornos obstructivos que va desde la roncopatía aislada a las apneas obstructivas severas. Esto es importante de tener en consideración puesto que la presentación clínica puede ser indistinguible entre uno y otro cuadro; además la severidad de los síntomas no es proporcional a la severidad de las apneas registradas en el estudio instrumental, por lo que la clínica no se puede utilizar en forma aislada para realizar el diagnóstico, y es fundamental siempre realizar estudios complementarios antes de indicar cualquier

terapia en estos trastornos. Si bien se debe considerar la posibilidad de otro tipo de cuadro respiratorio, lo más prevalente como causa de consulta y en población general es el Síndrome de Apneas Hipopneas Obstructivas del Sueño (SAHOS), que se caracteriza por reducciones parciales (hipopneas) o completas (apneas) del flujo aéreo que deben durar al menos diez segundos en forma repetitiva durante el sueño (más de 5 por hora), acompañadas o no de desaturación de oxígeno [7]. La prevalencia en la población general en estudios recientes se ha calculado en aproximadamente un 30% de los adultos (Índice Eventos Respitarorios ≥15); sin embargo esta proporción va aumentando con la edad con prevalencias de 60% entre los adultos mayores de 60-69 años y hasta 87% entre los 70-80 años [8], sin embargo varía significativamente por género, con prevalencias de 52 a 85% en hombres (60-69 y 70-80 años respectivamente), y en mujeres 36% entre 60-69 años y 23% en el tramo de 70-80.

Los principales factores que influyen en la génesis del SAHOS son una vía aérea estrecha, ya sea por disposición genética o por factores como microgenie, macroglosia, hipertrofia tonsilar, etc.; la obesidad (depósito mural de grasa y alteración de mecánica ventilatoria), y la edad que se asocia a la pérdida de elasticidad de los tejidos (mayor colapsabilidad en vía aérea), durante el sueño se suman a la hipotonía muscular fisiológica de los músculos dilatadores de la faringe alcanzan un diámetro crítico que interfiere con el flujo de aire. Con la edad aumenta además el número de comorbilidades y se modifica la fisiología (alteración de reflejos dilatadores, inestabilidad respiratoria), por lo que si bien el índice global de apneas puede aumentar, al menos una parte de ello puede ser a expensas de aumento en el número de apneas centrales [9, 10]. Contribuyen en su manifestación el uso de fármacos sedantes o relajantes musculares, y el consumo de alcohol y tabaco. La principal forma de presentación clínica es en un paciente roncador, con sueño poco reparador (habitualmente asociado a somnolencia diurna) y con apneas presenciadas por la pareja; sin embargo las apneas pueden presentarse a cualquier edad, en ambos sexos, en individuos delgados e incluso totalmente asintomáticos. Otros síntomas habituales de SAHOS se enuncian en la Tabla 1. Pueden sin embargo existir diferencias en las formas de presentación en la tercera edad, como la disminución en la proporción de roncadores y la capacidad de detección de apneas presenciadas [10] (ya sea por frecuente separación de dormitorios, problemas sensoriales, separación conyugal o viudez). La somnolencia excesiva por el contrario puede ser más frecuente, porque es más frecuente en la tercera edad en general, pudiendo llegar a percibirse como un fenómeno normal asociado a la “inactividad” o al “deterioro fisiológico”, sin embargo es un tema multifactorial, donde las apneas pueden jugar un rol, pero se deben indagar otras posibles causas como por ejemplos los fármacos o la presencia de otros trastornos del sueño. En los individuos mayores es común encontrar SAHOS a pesar de no asociarse a obesidad, aumento de la circunferencia cervical o del diámetro de la cintura [11].

TABLA 1. Síntomas habituales en pacientes con Síndrome de apneas hipopneas obstructivas del sueño

Síntomas diurnos	Síntomas nocturnos

Somnolencia	Ronquidos
Cefalea matinal	Pausas respiratorias presenciadas
Dificultades cognitivas	Despertares con sensación ahogo
Accidentabilidad (doméstica, laboral, automovilística)	Sequedad bucal
Reducción ánimo/energía	Diaforesis nocturna
Disminución líbido	Nicturia
	Sueño inquieto

Es fundamental diagnosticar y tratar las apneas porque no solo se maneja el problema de convivencia que genera el ronquido, sino por sus efectos en la calidad de vida producto del mal descanso y falta de energía, con mayor riesgo de accidentabilidad (doble en accidentes laborales, siete veces más accidentes vehiculares) y de desarrollo de patología psiquiátrica (ansiedad y depresión); pero incluso en aquellos pacientes oligosintomáticos se ha demostrado incremento en el riesgo vascular (hipertensión arterial y pulmonar, cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca), deterioro cognitivo y mayor mortalidad [4, 6, 12, 13], considerándose un factor de riesgo vascular independiente. El SAHOS se correlaciona además con la presencia de arritmias nocturnas (especialmente fibrilación auricular), insulinoresistencia y obesidad [14]; y más recientemente con mayor incidencia y mortalidad por cáncer [13]. En contraparte, pacientes con SAHOS no tratados pueden presentar hasta un 56% de eventos cardiovasculares y 22% de mortalidad a 5 años, mientras que los tratados tienen 14% de eventos y solo 6% de mortalidad en el mismo período [12]. Por su alta prevalencia y por sus diferencias en la presentación clínica se ha llegado a plantear que las apneas de la tercera edad podrían constituir un cuadro diferente [10], sin embargo a pesar de esas consideraciones sus consecuencias son las mismas, y ni la edad o síntomas de presentación (o ausencia de ellos) deben ser consideraciones al momento de decidir estudio o tratamiento de estos pacientes [10]. Por lo expuesto inicialmente, el diagnóstico debe realizarse en forma instrumental, esto permitirá además de la información cualitativa (tipo de apneas) caracterizar la severidad del cuadro (número de apneas y nivel de oxigenación) que permitirán orientar el tratamiento. Por la alta frecuencia de comorbilidades médicas (especialmente cardíacas), de otros trastornos de sueño, el uso de fármacos que pueden alterar la fisiología del sueño y la presentación atípica del cuadro, el examen ideal en los adultos mayores es la polisomnografía, que integra todas las variables fisiológicas durante el sueño (actividad electroencefalográfica, movimientos oculares, flujo aéreo, esfuerzo respiratorio, oxigenación, electrocardiograma, tono muscular y movimiento de extremidades, posición corporal), que permiten caracterizar las etapas de sueño, presencia de despertares, y todos los eventos que ocurran durante el dormir. Sin embargo se trata de un examen costoso y de acceso limitado, por ello se han diseñado estudios simplificados (poligrafías, que realizan estudios de variables cardiorespiratorias solamente) que solo se deben utilizar en adultos mayores cuando se tiene una alta sospecha diagnóstica sin presencia significativa de comorbilidades [10]. El diagnóstico se confirma por la presencia de 15 o más eventos por hora en pacientes asintomáticos o 5 eventos o más por hora en pacientes

sintomáticos o que tengan comorbilidad asociada. La severidad se clasifica según el parámetro más alterado entre número de apneas o grado de desaturación de oxígeno [7] (Tabla 2).

TABLA 2. Criterios diagnósticos y de severidad del Síndrome de apneas hipopneas obstructivas del sueño

A. Polisomnografía o poligrafía demuestran Indice Eventos Respiratorios obstructivo, mixto o de RERAs (Despertares relacionados a esfuerzo respiratorio) ≥ 15 por hora de sueño.

B. Polisomnografía o poligrafía demuestran Indice Eventos Respiratorios obstructivo, mixto o de RERAs (Despertares relacionados a esfuerzo respiratorio) ≥ 5 por hora de sueño, asociado a uno o más de los siguientes síntomas o comorbilidades:

• Somnolencia, sueño no reparador, fatiga o insomnio.

• Despertar con sensación de ahogo o atoro.

• Observación de ronquidos o apneas.

• Diagnóstico de Hipertensión arterial, Trastorno del ánimo, Disfunción cognitiva, Cardiopatía coronaria, Insuficiencia cardíaca, Fibrilación Auricular, Accidente cerebrovascular o Diabetes tipo 2.

	Criterios de severidad	
	Número eventos/hora	Saturación mínima oxígeno
Leve	≥ 5-15	> 85%
Moderado	15-30	85-75%
Severo	≥ 30	≤ 75%

Fuente: adaptado de la Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño 3ª ed. [7].

INSOMNIO

Se entiende por insomnio la presencia de dificultad en conciliar o mantener el sueño, despertar en forma precoz o lograr un sueño reparador, a pesar de tener la oportunidad y condiciones adecuadas para ello, esto debe asociarse además a consecuencias diurnas negativas (fatiga, somnolencia, irritabilidad o problemas de ánimo, dificultades de concentración/atención, problemas conductuales —hiperactividad, impulsividad, etc.—, disminución de motivación y energía, proclividad a errores y accidentes, preocupaciones o insatisfacción con el sueño e interferencia en rendimiento académico, laboral, familiar o social) [7, 15, 18], sin embargo en el adulto mayor las consecuencias son más significativas, y se extienden más allá de la afectación del sueño nocturno y la calidad de vida, pues se asocia a incremento en riesgo de caídas, deterioro de funcionamiento físico y deterioro cognitivo, desarrollo de cuadros de ánimo y ansiedad, e incremento en la mortalidad [18]. El insomnio puede presentarse en forma aguda o transitoria (reactivo a situaciones específicas), de corto plazo (pocas semanas, en períodos de *stress* o adaptación) o en forma crónica (cuando dura más de tres meses a años y está presente al menos tres veces por semana), esta última forma tiene una prevalencia de 10 a 20% en la población adulta, sin embargo afecta hasta un 40-45% de los adultos sobre 60 años [15, 18]. La alta prevalencia del insomnio en la tercera edad es consecuencia de las enfermedades físicas y mentales que acompañan a la senescencia más que una consecuencia del envejecimiento propiamente tal [2], en adultos mayores sin

comorbilidades la prevalencia de insomnio es de 36% en cambio puede llegar a ser de 69% en pacientes con cuatro o más condiciones médicas [19, 20].

Habitualmente el insomnio se presenta en el contexto de una condición comórbida; solo 7% de los casos se presenta en forma aislada o primaria [18]. Esta distinción es importante pues en las condiciones secundarias al resolver la patología primaria habitualmente se resuelve la consecuencia, cosa que no ocurre con el insomnio, requiriendo un manejo específico y paralelo a la condición de base. Las dificultades para dormir pueden asociarse a una variada gama de condiciones médicas, incluyendo disnea por enfermedades cardíacas y pulmonares; dolor asociado a osteoartritis, cáncer, fibromialgia o diabetes mellitus; nicturia por prostatismo; dificultades motoras o cognitivas por diversas condiciones neurológicas. El insomnio es muy prevalente también en casi todos los trastornos psiquiátricos, especialmente en los trastornos de ánimo y ansiedad, con una relación bidireccional, pudiendo anteceder episodios de ánimo y conformar parte del pródromo, así como ser una consecuencia de un cuadro anímico mal tratado y presentarse como síntoma residual, de hecho en los pacientes en tratamiento por trastornos depresivos, quienes presentan insomnio persistente, las tasas de recaída y recurrencia son mucho mayores [7, 15, 18]. El insomnio comórbido puede presentarse también en relación a otros trastornos del sueño, como trastornos circadianos, Síndrome de Piernas Inquietas o Apneas del sueño, sin embargo en estas condiciones puede considerarse tanto un diagnóstico diferencial como una comorbilidad. Finalmente el uso de sustancias y fármacos afecta de manera significativa el dormir, en la tercera edad por la alta prevalencia de patología crónica la polifarmacia es una realidad habitual, siendo una causa frecuente de insomnio, que se puede asociar a una gran variedad de fármacos: antidepresivos, betabloqueadores (inhiben secreción de melatonina y pueden inducir pesadillas), broncodilatadores, corticoides, diuréticos, inhibidores acetilcolinesterasa (usados en Alzheimer, pueden causar sueños vívidos o pesadillas), y muchos fármacos de venta libre como antigripales (que contienen pseudoefedrina) y antijaquecosos (cafeína) [1].

El diagnóstico del insomnio es clínico, basado en una buena anamnesis que además de consignar comorbilidades y uso de fármacos (actuales y pasados) indague acerca de los hábitos de sueño del paciente, que son fundamentales puesto que superado un evento gatillante de insomnio, la sola persistencia de hábitos inadecuados al dormir puede actuar como factor perpetuante del cuadro. Ejemplos de estas conductas, que muchas veces se realizan en forma inconsciente para compensar la dificultad en el dormir, son las siestas (especialmente si son prolongadas, tarde en el día y frecuentes), horarios variables (tanto en el sueño como para la alimentación y actividad en general), uso de sustancias que interfieren con el sueño (especialmente consumo vespertino de café, tabaco, alcohol), ejercicio físico muy cercano a la hora de acostada, alimentación inadecuada (comida muy pesada o demasiado liviana en la noche), uso de pantallas en la noche, ambiente inadecuado para dormir (ruidoso, caluroso, iluminado, incómodo, presencia de mascotas, etc.), actividades estimulantes (trabajo, resolución problemas, programas TV inadecuados, etc.), uso excesivo del dormitorio/cama para actividades no

relacionadas al dormir. Solo cuando existen elementos en la historia que sugieran otra patología del sueño, como por ejemplo ronquido y apnea o mioclonías, o cuando se trata de un cuadro de curso atípico o con mala respuesta a tratamiento se solicitan estudios complementarios que se realizan de acuerdo a la sospecha clínica, más frecuentemente polisomnografía, o puede ser útil también el registro de actigrafía, que ayudan a objetivar tanto los parámetros que definen el insomnio (se considera normal una latencia de sueño de 30 minutos y 30 minutos son también el punto de corte para determinar el despertar precoz) [7], como permitir aclarar diagnósticos diferenciales. No es raro que los pacientes tengan más de un factor etiológico contribuyendo al desarrollo de su insomnio [15].

FORMAS PRIMARIAS DE INSOMNIO

Si bien son infrecuentes, existen algunas formas primarias de insomnio, estas están relacionadas con una fisiopatología que se ha denominado de hiperalerta, presentando estos pacientes aumento en frecuencia cardíaca, tasa metabólica, cortisol, hormona adrenocorticotrópica, temperatura corporal y actividad electroencefalográfica, que reflejarían en su conjunto una hiperactividad simpática y del eje hipotalámico-pituitario-adrenal, que más que producir dificultad para dormir, determinan una percepción inadecuada del paciente respecto a su estado sueño/vigilia que determina una discrepancia subjetiva-objetiva con los parámetros que se pueden medir con los estudios fisiológicos, tendiendo los pacientes a sobrestimar los tiempos de latencia de sueño (cuanto demoran en conciliar sueño) y el tiempo que pasan en vigilia durante la noche, y subestimar el tiempo total de sueño. Los insomnios primarios en el adulto son principalmente cuatro: a) el Insomnio Idiopático, que corresponde a un insomnio de larga data, presente habitualmente desde la niñez, no relacionado a comorbilidades; b) Insomnio Paradojal, donde se manifiesta en su forma extrema la percepción inadecuada respecto al estado sueño/vigilia y el paciente queda con la sensación de dormir poco o nada; c) Higiene de sueño inadecuada, que son el conjunto de actividades cotidianas que son inconsistentes con el mantenimiento de un sueño de buena calidad y alerta diurna adecuadas, rara vez hallado como causa aislada de insomnio, casi siempre presente como factor perpetuante; y d) Insomnio Psicofisiológico, el más frecuente de ellos, donde predomina la ansiedad centrada en el dormir, que a su vez potencia el insomnio y amplifica la ansiedad, perpetuando el cuadro. Estos últimos pacientes se duermen más fácilmente cuando no intentan hacerlo o lo hacen fuera de su entorno habitual donde no existen las asociaciones negativas aprendidas que reproducen los síntomas [7].

TRASTORNOS CIRCADIANOS

Se mencionaron en la introducción los cambios fisiológicos que se producen con la edad, y que favorecen la aparición de trastornos circadianos, de ellos dos son los más

frecuentes Síndrome de Fase Avanzada del Sueño y el Ciclo Irregular de Sueño-Vigilia.

SÍNDROME DE FASE AVANZADA DEL SUEÑO

Producto de la inactividad y los cambios de la senescencia en el sistema circadiano, los adultos mayores con cierta frecuencia comienzan a sentir somnolencia y dormirse cada vez más temprano y por lo tanto a despertarse cada vez más temprano, llevándolo a una menor exposición a luz ambiental hacia el final del día que perpetúa el avance de fase. La presencia de cataratas o glaucoma puede también contribuir a reducir la exposición lumínica. Finalmente los pacientes son incapaces de permanecer despiertos hasta la hora que desean/necesitan, y son incapaces de seguir durmiendo hasta la hora que desean; por ello pueden consultar ya sea por somnolencia excesiva (si lo que más les invalida ocurre en la tarde/noche) o por insomnio (que se confunde con un insomnio de despertar precoz, ya que no logran seguir durmiendo), sin embargo teniendo libertad de horario para dormir, su sueño es completamente normal y reparador [6, 15]. El desfase se considera patológico cuando es de más de dos horas respecto al horario deseado, ha persistido por más de tres meses y el paciente tiene incapacidad para autorregular o normalizar su ciclo. Se estima que podría afectar hasta el 1% de los adultos mayores, el diagnóstico es clínico, pudiendo respaldarse con Diarios de Sueño y cuando se hace necesario se puede objetivar mediante Actigrafía, un examen con sensor de muñeca tipo reloj que detecta luz y movimiento a partir del cual se infiere el estado de sueño y vigilia, que permite registro continuo por varios días, habitualmente dos semanas, para distinguir el patrón circadiano [7].

Debe tenerse precaución para distinguirlo de la Depresión Mayor que puede cursar con despertar precoz, pero que habitualmente no tiene somnolencia vespertina. Es muy importante tener este cuadro en mente para evitar la sobremedicación y la iatrogenia, ya que con frecuencia al diagnosticarse como insomnio, se indican fármacos hipnóticos con las consecuencias ya mencionadas.

CICLO RRREGULAR DE SUEÑO-VIGILIA

Lo esencial es la desorganización del ciclo sueño vigilia, sin un patrón reconocible, variable en horario y duración de los episodios del dormir y despertar tanto dentro del día como entre un día y otro. Habitualmente se da en el contexto de enfermedades neurodegenerativas (demencias, etc.). Lo más frecuente es que haya un episodio de sueño principal de hasta cuatro horas y numerosas siestas a lo largo del día, con una cantidad de sueño total normal para la edad. Es más frecuente en pacientes con mala Higiene del sueño (ej: TV hasta tarde, todo el día en dormitorio), o pacientes institucionalizados (sin claves ambientales, sin luz natural, sin sociabilización). El diagnóstico es clínico, pudiendo respaldarse con Diarios de Sueño, y cuando se hace necesario se puede objetivar mediante Actigrafía [7].

TRASTORNO CONDUCTUAL DEL SUEÑO REM

En forma fisiológica durante el sueño REM se debe producir un bloqueo muscular corporal activo que permita la intensa actividad cerebral que sucede durante esta etapa, reflejada en los intensos movimientos oculares rápidos que le son característicos (*Rapid Eye Movements* por su sigla en inglés). Dado que es durante esta etapa del sueño cuando se produce la actividad onírica (sueños), si este mecanismo de bloqueo muscular falla la persona termina actuando lo que sucede en sus sueños, sin embargo de manera típica, a pesar de que habitualmente los pacientes que lo padecen pueden ser muy tranquilos y pacíficos, el contenido de los sueños que se manifiestan es agitado (lo persiguen o atacan a él o a su familia), por lo que debe arrancar o defenderse y los sueños que actúa son de carácter violento llevando a lesiones propias del paciente (por ejemplo al golpearse contra el velador o cabecera de la cama; se han llegado a producir hematomas subdurales) o a la pareja (patadas, combos o manotazos). Si bien los golpes y conductas motoras complejas propositivas (que imitan una acción) son lo característico, pueden presentarse elementos menores como somniloquia (hablar dormido), reírse, gritar, cantar, etc.; y los pacientes pueden llegar a sentarse en la cama o caer de ella, pero es muy raro que se levanten y deambulen (a diferencia de otras parasomnias); durante los episodios los pacientes se encuentran con los ojos cerrados y frecuentemente pueden observarse los característicos movimientos oculares rápidos bajo los párpados. Por ocurrir a partir del sueño REM, se presentan transcurrido al menos 90 minutos desde el inicio del sueño (completado el primer ciclo) y con más frecuencia hacia el final de la noche cuando hay mayor proporción de sueño REM. Al despertar los pacientes recuerdan con claridad el contenido de la ensoñación que motivó la conducta motora agresiva, y se encuentran alertas, coherentes y orientados. Inicialmente los episodios suelen ser esporádicos, pudiendo llegar a presentar episodios diarios de intensidad variable [6, 15, 22].

Se calcula una prevalencia de aproximadamente 0.38-0.5% en adultos mayores y población general [7], siendo más frecuente en hombres mayores de 50 años, a edades menores tiende a no presentar diferencia de género, y se asocia con frecuencia a Narcolepsia. Se puede presentar como Trastorno Conductual del Sueño REM (TCR) idiopático, sin embargo, 80 a 90% evoluciona en el tiempo a una enfermedad neurológica degenerativa del tipo sinucleinopatías, con mayor frecuencia Enfermedad de Parkinson, Atrofia Multi Sistémica, Demencia por Cuerpos Lewy, etc., considerándose uno de los síntomas prodrómicos de estas condiciones, pudiendo preceder la aparición del cuadro clínico neurológico por hasta 10 a 15 años. Más raramente pueden evolucionar también a Deterioro Cognitivo Leve. Fisiopatológicamente se considera que se produce un deterioro rostro-caudal, con compromiso desde sistemas más periféricos hasta núcleos más centrales, por ello otros síntomas precoces que pueden acompañar al TCR y que pueden orientar a que no se trata de una forma idiopática sino prodrómica son el compromiso olfatorio, constipación y ortostatismo [22].

El TCR se puede presentar en forma secundaria al uso de fármacos (inhibidores de recaptura de serotonina ISRS, antidepresivos tricíclicos ATC , inhibidores de recaptura duales IRNS, inhibidores de monoaminoxidasa IMAO, neurolépticos, betabloqueadores, inhibidores acetilcolinesterasa, etc.), y en la forma llamada Pseudo-TCR, cuando se asocia a Apneas del Sueño, donde los despertares desde sueño REM pueden inducir movimientos, pero que habitualmente no son propositivos como en el TCR. Sin embargo una proporción significativa de estos cuadros secundarios pueden corresponder a formas prodrómicas que se manifiestan por estas condiciones, que pueden mejorar o desaparecer al tratar las apneas o suspender los fármacos para reaparecer después. Pueden aparecer formas secundarias asociadas al síndrome de privación de alcohol o sedantes-hipnóticos. En casos atípicos (por edad, género, síntomas asociados, etc.) debe realizarse estudio de imágenes del sistema nervioso central porque puede ser causado por lesiones de diversa etiología (esclerosis múltiple, tumores, romboencefalitis, traumatismo, etc.) [7, 22].

El diagnóstico requiere la confirmación con video-polisomnografía, no siempre se logran documentar los episodios, pero es importante porque se verifican comorbilidades o diagnósticos diferenciales como Apneas del sueño y permite objetivar la presencia de REM sin Atonía, que es la presencia de actividad muscular fásica o tónica durante el sueño REM cuando normalmente los músculos debieran estar bloqueados y registrarse solo atonía; si esta actividad está presente en el 27% o más del tiempo de sueño REM registrado se considera compatible con el diagnóstico. Dado que la mayor actividad motora en el TCR ocurre en las extremidades superiores, al solicitar el estudio debe realizarse en forma específica con la sospecha diagnóstica para realizar una evaluación dirigida, y solicitar que se realice con video y electromiografía adicional en las extremidades superiores (que no se usa de rutina). Si no se puede realizar estudio polisomnográfico, y la clínica es muy sugerente quedará con el diagnóstico de probable TCR. Hasta un 75% de los pacientes con TCR pueden presentar Movimientos Periódicos de Extremidades, que son movimientos bruscos, repetitivos, con cierta ritmicidad, que se repiten a lo largo de la noche, habitualmente en las extremidades inferiores; son inespecíficos, con frecuencia asociados al Síndrome de Piernas Inquietas, uso de fármacos y en esta condición [6, 7, 22].

SÍNDROME DE PIERNAS INQUIETAS

El Síndrome de Piernas Inquietas (SPI), se considera un trastorno motor del sueño, pero se caracteriza por un malestar de carácter sensitivo, que habitualmente afecta a las extremidades inferiores (de ahí su nombre), pero puede afectar extremidades superiores en un 20-50% de los pacientes [7], tronco o raramente localizarse en zonas específicas del cuerpo como los genitales; este malestar es de carácter variable (picazón, ardor, parestesias, discomfort, inquietud, “necesidad de estirar”) y a veces indefinible, pero a fin de cuentas es de tal intensidad que obliga al paciente a entrar en movimiento pues al moverse los síntomas alivian, al menos de forma transitoria. Los síntomas siguen un

patrón circadiano y aparecen en la noche o se intensifican en la noche cuando están presentes las 24 horas, y aumentan con el reposo (por ejemplo en el cine, de pasajero en un vehículo o al acostarse a dormir). Por ello los pacientes consultan ya sea por la dificultad en conciliar el sueño, que muchas veces no son capaces de vincular con estas molestias, o por las consecuencias diurnas del mal descanso asociado, pues terminan acostándose tarde y tienen además mal dormir porque el 70-80% de quienes tienen SPI además presentan Movimientos Periódicos de Extremidades (MPE), que corresponden a movimientos bruscos, breves y repetitivos, habitualmente de flexión de las extremidades inferiores, que pueden o no ser percibidos por el paciente o su pareja, que pueden fragmentar el sueño; en forma aislada pueden estar presentes hasta en un 5% de la población general, pero se han encontrado hasta en un 45% de los adultos mayores [18] por lo que su presencia en forma asintomática no reviste valor patológico per se. Se considera normal presentar hasta 15 movimientos por hora con características periódicas, sin embargo se está estudiando aumentar el umbral de normalidad para los adultos mayores. Los MPE son un hallazgo del estudio polisomnográfico, en cambio el SPI es de diagnóstico clínico, sus criterios diagnósticos se enumeran en la Tabla 3. Cuando el diagnóstico es dudoso se recurre a la presencia de criterios secundarios: a) presencia de antecedentes familiares, b) respuesta terapéutica, c) asociación con MPE en la polisomnografía [23]. Los antecedentes de haber tenido cuadros similares durante los embarazos, especialmente en el segundo y tercer trimestre, o de tener o haber tenido anemia, especialmente ferropénica, contribuyen a la sospecha diagnóstica, sin embargo, no constituyen criterios secundarios. Rara vez puede ser necesario el diagnóstico instrumental más allá de objetivar los MPE y/o descartar comorbilidades mediante polisomnografía, en esos casos se puede recurrir al Test de Inmovilización Sugerida (SIT por sus siglas en inglés), donde se monitorizan los MPE que pueda tener el paciente en vigilia durante horario vespertino asociado a cuestionario de sintomatología de SPI, se considera que un índice de MPE en vigilia sobre 40 mov./hora apoya el diagnóstico; menos frecuentemente se utiliza actigrafía posicionada en ambas extremidades inferiores [24]. Por la naturaleza polimorfa de sus síntomas y la ausencia de hallazgos específicos en los estudios de laboratorio, esta es una condición que de no ser sospechada y preguntada en forma dirigida puede pasar inadvertida y subdiagnosticada como sucede habitualmente, llegando a pasar años antes de que los pacientes tengan un diagnóstico adecuado.

TABLA 3. Criterios diagnósticos Síndrome de piernas inquietas de acuerdo al International Restless Legs Syndrome Study Group (IRLSSG) [24]

1.- Urgencia o necesidad de mover piernas habitualmente acompañada y atribuida, aunque no siempre, a sensación desagradable en piernas.

2.- La urgencia por mover las piernas y el malestar que la causa/acompaña inicia o empeora durante períodos de reposo (ejemplo: sentarse o recostarse).

3.- La urgencia por mover las piernas y el malestar que la causa/acompaña alivia parcial o totalmente con el movimiento (ejemplo: caminar o elongar), al menos mientras dure la actividad.

4.- La urgencia por mover las piernas y el malestar que la causa/acompaña ocurren exclusivamente o empeoran al anochecer o durante la noche.

5.- La sintomatología no es causada primariamente o asociada a otras patologías médicas o conductuales (ejemplo: neuropatías, ectasia venosa, calambres, discomfort posicional, etc.)

La prevalencia en población general es de aproximadamente 5 a 10% y aumenta con la edad, especialmente sobre los 60 años, pero solo un 2 a 3% de la población tiene síntomas clínicamente relevantes (más de una a dos veces por semana, de intensidad moderada a severa) [7,24]. Cuando inicia antes de los 45 años son más frecuentes las formas familiares y a medida que aumenta la edad va aumentando la proporción de cuadros secundarios. Se considera que tiene un patrón hereditario autosómico dominante, pero con una penetración dependiente de interacción genético-ambiental más compleja, habiéndose logrado identificar ya seis polimorfismos genéticos en diferentes cromosomas asociados a la enfermedad, un 40 a 90% de los pacientes refiere antecedentes familiares de SPI; los familiares de primer grado de un paciente con SPI tienen seis veces más probabilidad de desarrollar la patología que la población general. Se sabe que la fisiopatología subyacente está vinculada al déficit central de dopamina o sus receptores, pero se desconoce con exactitud. A pesar de tratarse de una disfunción dopaminérgica, los pacientes con SPI no presentan mayor riesgo de desarrollar Enfermedad de Parkinson, sin embargo la prevalencia de SPI en mayor en pacientes con Parkinson que en la población general. Adicionalmente existe un rol significativo de la presencia de fierro a nivel del sistema nervioso central, por lo que no se debe esperar que exista anemia ni baja en la ferremia puesto que estas se producen en forma tardía en relación al déficit de fierro sino que se debe medir los niveles de Ferritina (que reflejan las reservas de fierro sistémicas), cuyos valores normales son sobre 13 ng/ml para mujeres y 25 ng/ml para hombres, sin embargo, para asegurar niveles adecuados en el sistema nervioso central se deben mantener por sobre 50 ng/ml, que debe ser el objetivo terapéutico cuando se suplementa en estos casos [7, 23, 25].

En los casos secundarios está bien establecida la relación con la insuficiencia renal crónica, siendo 2 a 5 veces más frecuente en pacientes con deterioro de la función renal que en población general [7], por lo que siempre se deben pedir exámenes de función renal (Nitrógeno Ureico y Creatinina plasmática), la sintomatología es proporcional al grado de deterioro de la función renal, llegando a desaparecer con el trasplante renal. Si bien se ha descrito con mayor frecuencia la presencia de SPI en población con Polineuropatía, fibromialgia, Artritis Reumatoide, Diabetes mellitus y otras patologías crónicas, su relación con estas es menos clara. Los medicamentos con efecto antidopaminérgico (neurolépticos, metoclopramida, etc.,), betabloqueadores, antihistamínicos, litio y los antidepresivos (ATC, ISRS, IRNS, IMAO) pueden evidenciar o descompensar un SPI.

TRATAMIENTON DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO DEL ADULTO MAYOR

TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO

El tratamiento en el adulto mayor es similar al tratamiento habitual de las apneas del sueño, comenzando por las medidas generales de baja de peso, preferencia para dormir en posición lateral, elevación de la cabecera de la cama (10-15°), evitar en lo posible uso de planos de relajación, y reducir o suprimir el consumo de tabaco, alcohol y fármacos depresores (sedantes, relajantes musculares, opioides, etc.)[15, 11]. La baja de peso por si sola resulta insuficiente para normalizar el IER, incluso a través de cirugías bariátricas [6], especialmente en pacientes de tercera edad donde la obesidad es menos prevalente. Es importante compensar la patología de base, especialmente insuficiencia cardíaca y arritmias como por ejemplo la Fibrilación Auricular [6]. La cirugía se utiliza con poca frecuencia como tratamiento en el adulto mayor, en parte por tener pocos estudios que la respalden, por las comorbilidades que determinan un mayor riesgo quirúrgico y las características propias de los tejidos. Representan menos del 5% de los tratamientos en mayores de 65 años y estos hacen con mayor frecuencia complicaciones operatorias respecto a pacientes más jóvenes [16](especialmente dehiscencia de sutura e infecciones urinarias); muy rara vez se realizan avances genioglosos, epiglotectomías, avances máxilomandibulares o traqueostomías; más frecuentes son las cirugías multinivel (nasal + palatoplastía) y cirugía funcional nasal en caso de obstrucción significativa cuando esta es la causa de mala adherencia al CPAP [17]. Una segunda alternativa es la utilización de dispositivos de avance mandibular que amplían la vía aérea mediante reposicionamiento y evitan su colapso en relación a cambios posturales (caída de mandíbula y por tanto de base de lengua hacia posterior en supino); sin embargo su utilización está supeditada a la severidad del cuadro (roncopatía aislada o apneas leves) y a la salud oral del paciente; este debe tener una articulación témporo-mandibular sana, ausencia de periodontitis y una cantidad de piezas dentarias mínimas como para poder anclar el dispositivo. Se ha considerado el carácter postural de las apneas (aumento al doble o más en posición supina), la menor edad y menor peso como factores predictores positivos del resultado favorable con esta terapia, sin embargo, se ha demostrado efectiva también en adultos mayores y una mejor adherencia que al CPAP [6, 15]. Se debe ser cuidadoso en el seguimiento de estos pacientes tanto por el odontólogo como por el especialista en sueño, pues el uso a largo plazo no altera el curso natural de la enfermedad y el índice de apneas puede aumentar a pesar de encontrarse bajo terapia. En el caso de los pacientes desdentados se pueden utilizar Retenedores linguales (que succionan por vacío la lengua hacia una posición anterior, aumentando el espacio en la vía aérea), pero hay poca experiencia y evidencia en general en su uso [6].

El tratamiento de elección tanto en adultos como en adultos mayores es el uso de CPAP, que corresponde a la sigla para Presión Aérea Positiva Contínua, que es una forma de ventilación no invasiva que la mayor parte de las veces sin oxígenoterapia adicional funciona manteniendo abierta la vía aérea con lo que aumenta la capacidad residual funcional pulmonar, activa la musculatura faríngea y reduce la postcarga cardíaca [15]. El CPAP ha demostrado ser capaz de normalizar la arquitectura del sueño, mejorar la somnolencia excesiva y reducir la presión arterial, sin embargo sus resultados

sobre las consecuencias neurocognitivas son controversiales y en calidad de vida han sido inconsistentes [6, 15, 11]. Existen distintas modalidades de ventilación:

1. AutoCPAP (equipo autoajustable), para pacientes que tienen apneas muy variables de acuerdo a diferentes etapas de sueño o por los cambios posturales.
2. BIPAP (equipos Binivel, con presión inspiratoria y espiratoria diferenciadas) que se utiliza en pacientes con patología neuromuscular, respiratoria crónica (Enfermedad pulmonar obstructiva, etc.), hipoventilación o requerimientos de presión muy altos con dificultad para tolerarlo; y una forma especial de ventilación binivel denominada Ventilación Servo Asistida (ServoCPAP) que se utiliza en diferentes cuadros de apneas centrales al ser capaz de adaptarse al patrón ventilatorio del paciente, no sobreventilarlo y favorecer la estabilidad de la ventilación (por ejemplo en cuadros de Respiración de Cheyne Stokes o Apneas centrales tratamiento emergentes).

Para indicar la ventilación no invasiva se debe verificar primero su eficacia en el paciente y cuadro en particular, corrigiendo no solo el ronquido sino los eventos respiratorios y la hipoxemia. Para ello se debe determinar la presión a utilizar mediante un examen: cuando la sospecha clínica es alta, se puede realizar en la misma noche del diagnóstico un protocolo llamado "Noche dividida" en donde si se cumplen criterios estrictos para confirmar la presencia de SAHOS, se aprovecha la segunda mitad de la noche para realizar la titulación o calibración del equipo de CPAP, de otro modo puede ser necesaria la realización de una segunda polisomnografía luego del diagnóstico para este fin. Como alternativa, si los pacientes tienen cuadros obstructivos, sin comorbilidades significativas, especialmente cardíacas, respiratorias o neurológicas, se puede realizar una titulación ambulatoria con un equipo de Auto-CPAP. En la tercera edad, a pesar de las potenciales limitaciones funcionales por problemas sensoriales, motrices e incluso cognitivos, la adherencia a la terapia con CPAP no es diferente a la adherencia lograda en los adultos en general, por lo que estos argumentos no deben constituir una contraindicación para la terapia [11]. En el seguimiento se debe estar atento a las cifras tensionales para ajustar los fármacos hipotensores, pues las bajas de presión arterial pueden hacer que el tratamiento inicial resulte excesivo [15].

INSOMNIO

El manejo del insomnio inicia con un diagnóstico preciso pues es fundamental el manejo causal y de la comorbilidad subyacente. Los tratamientos deben ser siempre individualizados, iniciando con manejo general, optimizando el ambiente y el manejo de los fármacos generales (ejemplo: diuréticos y fármacos activantes en la mañana; dosis adecuadas para asegurar buena motilidad nocturna en pacientes con Parkinson, etc.). Se comienza siempre por corregir los hábitos de Higiene de Sueño que puedan ayudar al paciente en la medida de lo factible (Tabla 4), se deben aplicar lo más estrictamente posible al inicio para obtener los mejores resultados, y en medida que el sueño mejore, gradualmente pueden ir realizándose excepciones, verificando que no afecten negativamente al sueño (ejemplo: siestas cortas, levantadas más tarde los fines de

semana, etc.). El tratamiento más efectivo en insomnio es la Terapia Cognitivo Conductual, es un tratamiento no farmacológico que combina medidas conductuales de higiene del sueño y técnicas de relajación con terapia cognitiva para contrarrestar las creencias disfuncionales o desadaptativas que se han generado en torno al dormir; es una terapia estructurada en 7 a 8 sesiones, habitualmente realizada a lo largo de 2 a 3 meses, con eficacia a largo plazo respaldada por medicina basada en la evidencia [15] y ayuda a recuperar el automatismo del sueño para que no sea un proceso forzado y angustioso. La terapia no farmacológica se complementa con Terapia de Control de Estímulos, que se basa en eliminar las conductas condicionantes inadecuadas con limitación del uso de la cama y dormitorio exclusivamente para la actividad sexual y el dormir, instrucciones de permanecer en cama solo si se está durmiendo (que implica salir del dormitorio en caso de despertar y no poder volver a conciliar el sueño en aproximadamente 20 minutos y regresar solo cuando haya suficiente somnolencia, no solo cansancio) y no consultar el reloj durante la noche una vez puesta la alarma. Por último cuando hay mayor dificultad, la terapia no farmacológica se puede reforzar con Restricción del Tiempo en Cama en donde se limita el sueño nocturno con instrucciones de permanecer en cama máximo 15 minutos más de lo que el paciente refiere que es capaz de lograr dormir, en medida de que el paciente logra mejorar su eficiencia de sueño (tiempo durmiendo respecto al tiempo que pasa en cama, es decir cuando logra dormir efectivamente el tiempo del que dispone) se va aumentando progresivamente el tiempo disponible para dormir hasta alcanzar el objetivo deseado [15].

TABLA 4. Recomendaciones para buena Higiene del sueño en el adulto mayor

1.- Mantener horarios regulares de acostada y levantada.
2.- Limitar siestas a máximo de 30 minutos después de almuerzo.
3.- Evitar pasar el día en el dormitorio y especialmente en la cama.
4.- Mantenerse físicamente activo, ejercitar, especialmente al aire libre en las tardes.
5.- Aumentar exposición a la luz especialmente en la tarde.
6.- Comer una colación liviana antes de acostarse (leche, yogur, fruta, pan, barra cereales).
7.- Evitar cenas pesadas y condimentadas (grasas, frituras, ají, merkén, ajo, etc.)
8.- Limitar ingesta de líquidos en la tarde/noche.
9.- Evitar cafeína, tabaco y alcohol después de almuerzo (reemplazar por infusiones de melisa, por ejemplo).
10.- Evitar uso de pantallas (celulares, tablets, etc.) una hora previo a la acostada.
11.- Tener un ritual de aproximadamente 30 minutos previo a la acostada que ayude a la relajación (por ejemplo, meditación).
12.- Acostarse solo si se está somnoliento.
13.- Salir de la cama si no puede conciliar el sueño o si despierta en la noche y no puede retomar.
14.- No mirar la hora durante la noche.
15.- Procurar que habitación y cama tengan condiciones adecuadas (luz, temperatura, ruido, etc.).

Fuente: adaptado de Bloom et al & Cooke & Ancoli-Israel [15,19]

La decisión de utilizar farmacoterapia en insomnio, y en general en la tercera edad, debe realizarse con cautela debido a la menor capacidad metabólica hepática y renal, la presencia de comorbilidades y las interacciones farmacológicas potenciales debidas a la frecuente polifarmacia; por ello se da prioridad a la terapia no farmacológica, sin

embargo con frecuencia esta última resulta insuficiente, en especial por la mayor rapidez del resultado en el tratamiento con medicamentos, motivo por el cual en la práctica se combinan ambas aproximaciones la mayoría de las veces. Los fármacos más utilizados (y aprobados por la FDA) para el manejo del insomnio son las benzodiacepinas, los agonistas no benzodiacepínicos y los melatoninérgicos. Las benzodiacepinas son un grupo de medicamentos que actúan como depresores del sistema nervioso central a través de la estimulación de receptores GABA, por lo que ejercen efectos hipnóticos, ansiolíticos, relajante muscular y anticonvulsivante, con diferente perfil de acuerdo a la benzodiacepina utilizada, determinando esto su acción preferente y efectos secundarios, especialmente a nivel psicomotor y amnéstico. En contraste los agonistas no-benzodiacepínicos (zolpidem y zopiclona —y derivados como la eszopiclona—, pues zaleplón ya no se encuentra disponible en el país; llamadas en su conjunto drogas Z por su inicial en común), también actúan a través del receptor GABA, pero uniéndose en forma específica a la sub-unidad alfa, logrando un efecto más selectivo en cuanto a la propiedad hipnótica, con menos efectos secundarios; sin embargo si bien estos son menos frecuentes que con las benzodiacepinas, estos fármacos no están exentos de los fenómenos de dependencia, tolerancia, sedación residual, aumento en el riesgo de caídas y efectos negativos en las funciones de memoria [1, 15, 19]. Al indicarlos se siguen principios generales de uso por períodos breves, en la menor dosis posible y de vida media corta (no ultra corta). Es posible utilizar los hipnóticos no-benzodiacepínicos en una modalidad denominada "según requerimiento" (*as needed*) en que se permite su utilización hasta un máximo de dos veces por semana en la medida que el paciente lo estime necesario, evitando de este modo generar dependencia y tolerancia al medicamento. Las drogas Z deben tomarse ya acostados, pues tienen rápido inicio de efecto (de lo contrario pueden ocasionar riesgo de caídas o accidentes domésticos), lejos de las comidas (interfieren con su absorción por cambio de pH en la boca) y se debe advertir al paciente del riesgo de amnesia anterógrada pudiendo llegar a presentar incluso episodios de Trastorno Alimentario Relacionado al Sueño y raramente Amnesia Global Transitoria. La última clase de fármacos aprobados en insomnio son los melatoninérgicos, de los cuales los agonistas de receptor de Melatonina no están disponibles en Chile, solo Melatonina y Melatonina de liberación prolongada; existe además un antidepresivo cuyo mecanismo de acción es, a través, de receptores melatoninérgicos (la agomelatina), este grupo de fármacos actúa restableciendo los ritmos circadianos de base de sueño-vigilia [15]; si bien se pueden utilizar en insomnio, su principal utilidad está en el manejo de los trastornos circadianos.

Cuando se quiere evitar el uso de benzodiacepinas o sus agonistas, se puede recurrir al uso no tradicional de otra clase de fármacos como antidepresivos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, relajantes musculares o antihistamínicos. Los dos últimos deben evitarse porque muy frecuentemente generan significativa sedación residual y se pueden acompañar de efectos anticolinérgicos centrales que pueden causar confusión y delirium, especialmente en pacientes con compromiso cognitivo. Los antipsicóticos de primera generación son muy sedantes, pero por ello pueden generar somnolencia diurna y a eso

se suman sus efectos extrapiramidales; los medicamentos de nueva generación son más selectivos, a dosis bajas tienen efectos sedantes y ansiolíticos, y si bien es menos frecuente de igual modo se debe estar atento a somnolencia residual, de ellos el más usado es la Quetiapina, que en forma dosis dependiente puede facilitar alza de peso y síndrome metabólico. Entre los antidepresivos hay algunos con efecto sedante, la Mirtazapina que tiene mecanismos de acción serotoninérgico (antagonista 5HT2A, 5HT2C y 5HT3) y noradrenérgico (por antagonismo de receptores alfa-2), con efectos antagonista H1 que produce un buen efecto sedante, especialmente a dosis bajas, pero se deben vigilar el aumento de apetito, alza de peso y sedación residual; y la Trazodona, un antagonista de los receptores 5-HT2A en general muy bien tolerado y sin efectos sobre la arquitectura del sueño, pero se deben vigilar sus efectos anticolinérgicos (sequedad bucal, ortostatismo los más frecuentes, pero puede producir constipación, retención urinaria, delirium, etc.), sedación residual y muy raramente priapismo. Una alternativa más nueva entre los antidepresivos es la Agomelatina, que es un agonista de los receptores de melatonina (MT1 y MT2) y un antagonista de 5-HT2C; con su efecto melatoninérgico modulador del ciclo circadiano puede ser útil también en el manejo del insomnio, se deben controlar periódicamente pruebas hepáticas en los primeros meses de terapia. Ninguna de estas terapias cuenta con evidencia sistemática que las respalde. Finalmente la selección del fármaco dependerá del perfil del paciente, sus comorbilidades e historia; por ejemplo si predomina un componente ansioso se pueden utilizar las benzodiacepinas, si hay componente depresivo un antidepresivo sedante, en pacientes con compromiso cognitivo y agitación antipsicóticos de nueva generación, etc. Se presenta un cuadro comparativo de los fármacos más utilizados en la Tabla 5.

TABLA 5. Cuadro comparativo fármacos comúnmente utilizados en tratamiento de insomnio

Nombre genérico	Dosis habitual (mg)	Dosis geriátrica recomendada	Vida media	Pros/contras Observaciones
Midazolam	7.5-15	7.5	1.5-2.5	Vida media ultra corta (mayor potencial adictivo); mayor efecto amnésico
Alprazolam	0.5	0.25	12-15	Vida media intermedia; buen ansiolítico
Clonazepam	0.5-2	0.5	18-50	Vida media larga (acumulación, efecto sedante, cognitivo); buen ansiolítico
Zolpidem	10	5	2-4	Amnesia anterógrada
Zolpidem CR	12.5	6.25	2-7	Vida media más larga (mayor probabilidad sedación residual), mayor latencia inicio acción
Zopiclona	7.5	3.25	3.5-6	Sabor metálico
Eszopiclona	3	1-2	6-9	Vida media más larga (mayor probabilidad sedación residual), mayor latencia inicio acción; sabor metálico
Melatonina	3	3	0.5	Hay formulaciones de liberación prolongada t ½ 4h (para insomnio mantención o despertar precoz)
Mirtazapina	15-45	15-30	20-40	Alza peso, sedación residual
Trazodona	25-100	25-50	3-9	Xerostomía, ortostatismo, efectos anticolinérgicos

Agomelatina	25-50	25-50	4-6	Control seriado pruebas hepáticas

Fuente: adaptado de Bloom et al.& Cooke & Ancoli-Israel [15,19]

TRASTORNOS CIRCADIANOS

Síndrome de fase avanzada del sueño

En el manejo del Síndrome de Fase Avanzada del Sueño es fundamental la exposición a claves ambientales circadianas (Zeitgebers), siendo la más potente la luz. Es ideal que se vincule a actividad física, por ejemplo caminata al aire libre después de almuerzo o en la tarde. Si la dificultad es mayor o el paciente está postrado, se puede utilizar Luminoterapia por 30 a 60 minutos al final de la tarde/inicio de la noche, se utilizan pequeñas lámparas de LED actualmente del tamaño de un Smartphone recargables (portátiles) con intensidad de luz adecuada (equivalente a 10000 Lux) [6, 15].

Ciclo irregular de sueño-vigilia

En el manejo de este cuadro es importante el control adecuado de la patología de base (ej; memantina, anticolinesterásicos, etc. en caso de Alzheimer), organizar un horario regular que incluya claves ambientales potentes idealmente de sociabilización, comida (hora de desayuno, almuerzo, etc.) y exposición a luz ambiental con actividad física, similar a la Fase Adelantada. Se puede utilizar también Melatonina en forma aislada cuando no es posible implementar el resto de las medidas, pero la combinación de medidas ambientales y melatonina es lo que entrega mejores resultados, con dosis de 3 mg al acostarse [6, 15, 21].

Debe evitarse en lo posible el uso de benzodiacepinas e hipnóticos pues aumentan el compromiso cognitivo, pueden producir confusión, somnolencia diurna e insomnio de rebote; tampoco son buena elección los antihistamínicos y relajantes musculares que causan sedación diurna y mayor compromiso cognitivo, ni antidepresivos tricíclicos cuyo efecto anticolinérgico puede producir agitación y *delirium*. Cuando se requiere apoyo adicional, si no hay enfermedad extrapiramidal asociada se pueden utilizar neurolépticos, especialmente de nueva generación como la quetiapina en dosis de 12,5 a 100 mg (una hora antes de la acostada) que ayudan en el sueño y agitación psicomotora. Si hay trastornos de ánimo asociados pueden ser una alternativa la trazodona (25 a 100 mg una hora antes de la hora de dormir) o la agomelatina, que ayuda además en la regulación del ciclo circadiano y sueño (25 a 50 mg 2 a 3 horas antes de la hora de acostada).

TRASTORNO CONDUCTUAL DEL SUEÑO REM

El tratamiento inicia por medidas generales de protección tanto para el paciente como para la pareja, los pacientes habitualmente colocan almohadas o cojines entre ellos y su pareja, pueden llegar a dormir con el colchón en el suelo; se recomienda retirar objetos

que potencialmente le puedan causar daño: alfombras sueltas, objetos que se puedan romper en el velador (ejemplo: lámparas) y elementos como veladores terminados en punta o con cubiertas de vidrio. Se deben identificar y tratar factores gatillantes (ejemplo: SAHOS), especialmente el uso de fármacos e intentar su suspensión o reemplazo; los trastornos del ánimo y ansiedad son muy prevalentes en la población general y por ello es muy frecuente el uso de antidepresivos (ATC, ISRS, IRNS, IMAO), todos causantes o descompensantes del TCR; si no es posible suspender el tratamiento se deben evitar aquellos que tengan como mecanismo de acción un efecto serotoninérgico, por lo que buenas alternativas para su reemplazo son la Anfebutamona (Bupropión), un inhibidor de recaptura dopaminérgico y en menor grado noradrenérgico, o la Agomelatina, ya mencionada previamente, que si bien antagoniza los receptores 5-HT2C, no modifica niveles de serotonina, sino de noradrenalina y dopamina. Tradicionalmente el fármaco de elección ha sido el Clonazepam, presentando buena respuesta en un 90% de los pacientes con dosis bajas (0.25-0.5 mg al acostarse), sin embargo, por sus propiedades farmacológicas y larga vida media, puede presentar efectos a nivel de memoria, motricidad (con riesgos de caídas) o somnolencia residual, que son más delicados aún en este grupo etario. Por ello cada vez más se utiliza la Melatonina como medicamento de primera línea, que es de venta libre, sin problemas de dependencia y con menos efectos secundarios; se desconoce su mecanismo de acción, pero se postula que restituiría la amplitud fisiológica de ritmos del reloj biológico, acoplando al núcleo supraquiasmático con el ciclo sueño-vigilia, lo que permitiría una modulación circadiana adecuada del sueño REM. La Melatonina se usa en dosis de 3 a 12 mg al acostarse o 30 minutos antes de acostarse, por el mecanismo de acción postulado bastaría con el peak inicial generado, pero si persisten episodios especialmente hacia el final de la noche se puede utilizar Melatonina de liberación retardada, o se puede combinar su uso con clonazepam [6, 7, 15, 22].

SÍNDROME DE PIERNAS INQUIETAS

La indicación de tratamiento está condicionada por el nivel de compromiso en la calidad de vida de acuerdo a la intensidad de síntomas del paciente, es así como cuadros leves y esporádicos pueden dejarse solo con medidas generales: actividades de distracción (mantener mente ocupada en otra cosa), evitar alcohol y cafeína, baños fríos o calientes y evitar fármacos descompensantes [24]. Si los niveles de Ferritina están bajo 50 ng/ml se recomienda suplementar fierro vía oral o endovenosa, esta última forma farmacéutica es más eficaz y mejor tolerada que la oral, sin embargo requiere administrarse en un lugar con capacidad de reanimación en caso de reacción anafiláctica que si bien infrecuente es su complicación más seria, también debe tenerse precaución en pacientes con insuficiencia hepática; de las formulaciones disponibles la mejor tolerada es la carboximaltosa de hierro, además permite una administración endovenosa más rápida. Sin embargo cuando los síntomas son clínicamente relevantes se requiere de manejo farmacológico específico, la elección del tratamiento de primera línea dependerá

del contexto clínico: con el fin de evitar el fenómeno de largo plazo denominado potenciación que ocurre con los fármacos dopaminérgicos y puesto que el 60-90% de los pacientes con SPI tienen sueño alterado, se considera actualmente que los medicamentos de elección son los alfa-2-delta ligandos (Gabapentina y Pregabalina), fármacos que modulan los canales de calcio a nivel del sistema nervioso central. De ellos la Gabapentina es el que tiene mejor efecto en SPI y su efecto sedante ayuda en el componente de insomnio, sin embargo, a mayores dosis puede generar somnolencia diurna. Su principal limitación de uso son los pacientes con insuficiencia renal, ya que se eliminan exclusivamente por esta vía, debiendo ajustarse la dosis en caso de falla renal [24, 25].

La aproximación más tradicional es con fármacos dopaminérgicos ya sea Levo-dopa o agonistas dopaminérgicos (idealmente no derivados de ergot: pramipexol, ropirinol, rotigotina). La respuesta a estos fármacos es tan buena que en etapas iniciales habitualmente bastan dosis muy bajas y llega a constituir casi una prueba diagnóstica, por lo que es considerado un criterio secundario. Actualmente han pasado a segunda línea puesto que la estimulación intermitente de los núcleos dopaminérgicos centrales puede llevar a un fenómeno denominado "Potenciación" (en inglés *Augmentation*), caracterizado por un incremento en la intensidad de los síntomas, un aumento en las áreas afectadas y en el horario de aparición; paradojalmente a mayor dosis de fármacos dopaminérgicos utilizados y mayor tiempo de uso mayor es la probabilidad de presentarlo, sin embargo a veces es difícil distinguirlo de la progresión natural de la enfermedad [24]. Con el uso de fármacos dopaminérgicos se debe estar atento a la aparición de somnolencia diurna que puede llegar a ser marcada (ataques de sueño), trastorno de control de impulso (incluyendo juego patológico y compra compulsiva) y alucinaciones, especialmente si hay trastornos cognitivos asociados. Para reducir la probabilidad de potenciación se prefieren agonistas dopaminérgicos, cuando los síntomas son breves se utilizan los de acción inmediata (pramipexol, pero si hay síntomas a lo largo del día o cuando hay fenómeno de potenciación se prefieren las formulaciones de liberación prolongada (pramipexol ER o parches de rotigotina). Cuando no se pueden utilizar los fármacos de primera línea o ha aparecido el fenómeno de potenciación, se puede cambiar el tratamiento o bajar las dosis de dopaminérgicos y combinarlos con los fármacos alternativos. Lo más utilizado es el clonazepam y los opiáceos. Fuera de Chile se usa la Oxicodona, pero las restricciones de venta y sus efectos secundarios limitan su uso, siendo más habitual el uso de Tramadol, sin embargo este último también puede asociarse a Potenciación. Menos frecuente es el uso de antiepilépticos como la Carbamazepina o Valproato y del baclofeno [6, 15, 24, 25]. Las alternativas de tratamiento se resumen en la Tabla 6.

TABLA 6. Alternativas farmacológicas en el manejo del Síndrome de piernas inquietas

Tipo	Fármaco	Dosis habitual	Vida media
Alfa-2-delta ligando	Gabapentina	300-1200mg	5-7h

Agonista dopaminérgico	Pramipexol	0.25-1mg 0.375-1.5mg ER*	8-12h *extended release
	Rotigotina (parche transdérmico)	2-8mg	5-7h
Dopamina	Levodopa/carbidopa	200/50mg	1.5/2h
Opioides	Tramadol	50-100mg	6h
Otros	Carbamazepina	100-600mg	12-25h
	Valproato	250-500mg ER	8-15h
	Baclofeno	5-10mg	2.5-4h

Fuente: adaptado de Klingelhoefer et al. & Frölich et. al [26, 27]

En pacientes con compromiso cognitivo, postrados o con compromiso de lenguaje (ejemplo: secuela de accidente vascular) muchas veces pueden presentar este cuadro sin ser capaces de comunicar el tipo de molestias que perciben y sin poder movilizarse para aliviarlas, por lo que se agitan al llegar la tarde-noche, confundiéndose con un Sd. Vesperal "Sundowning"; facilitado por las comorbilidades y fármacos que se encuentran recibiendo. Se debe preguntar en forma dirigida a los pacientes por este tipo de molestias, evaluar el efecto de la movilización (aunque sea pasiva) de sus extremidades, y si hay suficientes elementos de sospecha se justifica realizar una prueba terapéutica para descartar esta condición con frecuencia subdiagnosticada en la población general y con mayor razón en estos pacientes.

CONCLUSIONES

El clínico que se enfrente al adulto mayor con queja de problemas en el dormir debe tener en cuenta que estos impactan significativamente en la calidad de vida y se asocian a consecuencias significativas en salud; y no deben considerarse simplemente un resultado normal del envejecimiento. No es raro que los trastornos del sueño puedan ser oligosintomáticos, con presentación atípica o de inicio insidioso, por lo que los pacientes pueden no consultar directamente por esa causa o no relacionar sus síntomas al dormir, haciendo relevante en el tratante la conciencia en el tema y un grado sospecha clínica. En su evaluación se necesita una historia completa, considerando aspectos específicos del dormir, pero también sopesando los cambios fisiológicos de la senectud, las comorbilidades y sus terapias. Con frecuencia el diagnóstico puede realizarse en forma clínica, pero dependiendo del cuadro pueden requerirse estudios complementarios, de ellos el más frecuente la poliosmnografía (en sospecha de Apneas del sueño, Insomnio refractario o Trastorno Conductual del Sueño REM). El manejo es específico para cada trastorno y para cada individuo; teniendo además consideraciones especiales en la tercera edad en algunas patologías.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zdanys KF, Steffens DC. Sleep Disturbances in the Elderly. Psychiatr Clin North Am. 2015; 38 (4): 723–41.
2. Rodriguez JC, Dzierzewski JM, Alessi CA. Sleep problems in the elderly. Med Clin North Am. 2015; 99 (2): 431–9.
3. de Almondes KM, Costa MV, Malloy-Diniz LF, Diniz BS. Insomnia and risk of dementia in older adults: Systematic review and meta-analysis. J Psychiatr Res. 2016; 77: 109–15.
4. Leng Y, McEvoy CT, Allen IE, Yaffe K. Association of sleep-disordered breathing with cognitive function and risk of cognitive impairment: A systematic review and meta-analysis. JAMA Neurol. 2017; 74 (10): 1237–45.
5. Ohayon MM, Carskadon MA, Guilleminault C, Vitiello M V. Meta-Analysis of Quantitative Sleep Parameters From Childhood to Old Age in Healthy Individuals: Developing Normative Sleep Values Across the Human Lifespan. Sleep. 2004; 27 (7): 1255–73.
6. Gleason K, McCall WV. Current Concepts in the Diagnosis and Treatment of Sleep Disorders in the Elderly. Curr Psychiatry Rep. 2015; 17 (6): 1–8.
7. American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders. 3rd ed. Sateia M, editor. Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine; 2014.
8. Tufik S, Santos-Silva R, Taddei JA, Bittencourt LRA. Obstructive Sleep Apnea Syndrome in the Sao Paulo Epidemiologic Sleep Study. Sleep Med. 2010; 11 (5): 441–6.
9. Bixler EO, Vgontzas AN, Ten Have T, Tyson K, Kales A. Effects of Age on Sleep Apnea in Men. Am J Respir Crit Care Med. 1998; 157 (1): 144–8.
10. Martínez-García MÁ, Durán-Cantolla J, Montserrat JM. El síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño en edades avanzadas. Arch Bronconeumol. 2010; 46 (9): 479–88.
11. Martínez-García MÁ, Amilibia J, Chiner E, Queipo C, Díaz de Atauri MJ, Carmona-Bernal C, et al. Apnea del sueño en individuos de edad avanzada. Actividad asistencial (2002-2008) en España. Arch Bronconeumol. 2010; 46 (10): 502–7.
12. Ou Q, Chen Y-C, Zhuo S-Q, Tian X-T, He C-H, Lu X-L, et al. Continuous Positive Airway Pressure Treatment Reduces Mortality in Elderly Patients with Moderate to Severe Obstructive Severe Sleep Apnea: A Cohort Study. PLoS One. 2015; 10 (6): e0127775.
13. Marshall NS, Wong KKH, Cullen SRJ, Knuiman MW, Grunstein RR. Sleep apnea and 20-year follow-up for all-cause mortality, stroke, and cancer incidence and mortality in the Busselton Health Study cohort. J Clin Sleep Med. 2014; 10 (4): 355–62.
14. McNicholas WT, Bonsigore MR, Bonsignore MR. Sleep apnoea as an independent risk factor for cardiovascular disease: current evidence, basic mechanisms and research priorities. Eur Respir J. 2007 Jan; 29 (1): 156–78.
15. Bloom HG, Ahmed I, Alessi CA, Ancoli-Israel S, Buysse DJ, Kryger MH, et al. Evidence-Based Recommendations for the Assessment and Management of Sleep Disorders in Older Persons. J Am Geriatr Soc. 2009; 57 (5): 761–89.
16. Gouveia CJ, Cramer JD, Liu SY-C, Capasso R. Sleep Surgery in the Elderly: Lessons from the National Surgical Quality Improvement Program. Otolaryngol Neck Surg. 2017; 156 (4): 757–64.
17. Park P, Kim J, Song YJ, Lim JH, Cho SW, Won T Bin, et al. Influencing factors on CPAP adherence and anatomic characteristics of upper airway in OSA subjects. Med (United States). 2017; 96 (51).
18. Roepke SK, Ancoli-Israel S. Sleep disorders in the elderly. Indian J Med Res. 2010;131 (2): 302–10.
19. Cooke JR, Ancoli-Israel S. Sleep and Its Disorders in Older Adults. Psychiatr Clin North Am. 2006; 29 (4): 1077–93.
20. Cooke JR, Ancoli-Israel S. Normal and abnormal sleep in the elderly. Handb Clin Neurol. 2011; 98(C): 653–65.
21. Zhang W, Chen X, Su S, Jia Q, Ding T, Zhu Z, et al. Exogenous melatonin for sleep disorders in neurodegenerative diseases: a meta-analysis of randomized clinical trials. Neurol Sci. 2016; 37(1): 57–65.
22. Boeve BF. REM sleep behavior disorder: Updated review of the core features, the REM sleep behavior disorder-neurodegenerative disease association, evolving concepts, controversies, and future directions. Ann N Y Acad Sci. 2010; 1184: 15–54.
23. Trenkwalder C, Allen R, Paulus W, Winkelmann J. Restless legs syndrome associated with major diseases A systematic review and new concept. 2016.
24. Garcia-Borreguero D, Cano-Pumarega I. New concepts in the management of restless legs syndrome. Bmj. 2017; 104.

25. Byrne R, Sinha S, Chaudhuri KR. Restless legs syndrome: Diagnosis and review of management options. Neuropsychiatr Dis Treat. 2006; 2 (1945): 155–64.
26. Klingelhoefer L, Bhattacharya K, Reichmann H. Restless legs syndrome. Clin Med (Northfield Il). 2016; 16 (4): 379–82.
27. Fröhlich AC, Eckeli AL, Bacelar A, Poyares D, Pachito DV, Stelzer FG, et al. Consenso Brasileiro para as diretrizes de diagnóstico e tratamento da síndrome das pernas inquietas. Arq Neuropsiquiatr. 2015; 73 (3): 260–80.

ADICCIÓN EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR

Atahualpa Granda

RESUMEN

El abuso y/o dependencia de sustancias en la población de adultos mayores (AM), es con frecuencia poco considerado, situación que contrasta con lo observado en la práctica clínica y corroborado por estudios epidemiológicos internacionales, donde se observa un aumento de la prevalencia del trastorno por abuso de sustancia en esta población. Este trastorno en general es asociado a patologías psiquiatricas severas, y a una mayor tasa de riesgo suicida. Es por este motivo, que creemos que este tema debe ser tratado en profundidad en este capítulo.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno por uso de sustancias (TUS) entre los adultos mayores es una problemática a la que se le ha prestado poca o nula atención, tal vez porque se considera que solo representan un porcentaje menor de la población que consume drogas, o bien, debido a que este problema de salud pública se lo relaciona principalmente como propio de los grupos de edad más jóvenes. Sin embargo, la práctica clínica por una parte y diversos estudios epidemiológicos internacionales por otra, demuestran un continuo aumento en la prevalencia que se está dando en esta cohorte, fenómeno que recibe un interés global y que bien ha sido llamado por el Royal College of Psychiatrists como “nuestros adictos invisibles” [1].

El abuso de sustancias entre los adultos mayores suele estar asociados a un deficiente estado de salud general, un mayor utilización de los servicios de salud, un curso de la enfermedad más complejo o de peor pronóstico de enfermedades mentales y físicas asociadas, mayor riesgo de suicidio, una mayor discapacidad y un deterioro progresivo de la calidad de vida, con el aumento del estrés y sobrecarga del cuidador y/o de la familia, y una posible muerte prematura.

La mayoría de los adultos mayores con trastornos por uso de sustancias o problemas de salud mental no reciben el tratamiento que necesitan, aun cuando la evidencia clínica apoya la eficacia de intervenciones psicoterapéuticas. Los servicios actuales de prevención para esta población son extremadamente limitados [2].

DESARROLLO

Con los avances de las neurociencias y el desarrollo de las evaluaciones por neuroimagen, la adicción es considerada una enfermedad neurobiológica crónica, recidivante, compleja pero tratable que afecta el cerebro y el comportamiento, caracterizada por el deseo intenso o craving, la búsqueda y el consumo compulsivo, en ocasiones incontrolable de drogas, que persiste a pesar de las consecuencias negativas [3].

Los profesionales de la salud en general, los médicos y psiquiatras en particular que trabajan con adultos mayores se enfrentan a problemas muy distintos que los que se encuentran en los adultos jóvenes y pacientes de mediana edad, por lo tanto, a una diversidad de dificultades en la evaluación, diagnóstico, intervenciones terapéuticas y pronóstico de mayor complejidad [4, 5]. La mayoría de los pacientes ancianos padecen trastornos psiquiátricos que no encajan fácilmente en las categorías diagnósticas del CIE-11 (Clasificación Internacional de Enfermedades, Organización Mundial de la Salud, 2018) o el DSM-V (Asociación Americana de Psiquiatría, APA 2013), pues experimentan múltiples síntomas que afectan tanto al funcionamiento físico como al psiquiátrico, la situación se vuelve un desafío mayor si existe el antecedente de consumo de sustancias [5].

Las adicciones abarcan un amplio abanico que va, desde el uso nocivo de alcohol, tabaco, drogas ilícitas o medicamentos recetados y de venta libre, hasta la dependencia de drogas, el poli consumo, los trastornos no relacionados al uso de sustancias como el juego patológico u otros y la presencia de la patología dual.

El consumo de sustancias suele asociarse a personas jóvenes, pero más bien debemos reconocer que es una enfermedad que no tiene límites de edad [6]. Al contrario de lo que suele creerse, los ancianos presentan un riesgo de trastorno por consumo de sustancias en ausencia de los síntomas clásicos de las adicciones [7].

Los ancianos son más vulnerables a los efectos nocivos del abuso de sustancias debido a los cambios fisiológicos asociados con el envejecimiento, la polifarmacia e interacción de medicamentos y las enfermedades comórbidas, así como al impacto directo en la salud física debido a la mala alimentación, al aislamiento y a la pobreza o el posible abandono [8].

Es una idea equívoca pensar que los adultos mayores no usan drogas [9]. Los trastornos por uso de sustancias a menudo se ignoran, no se reconocen o se diagnostican erróneamente en este grupo de edad [10, 14, 15].

EPIDEMOLOGÍA

Datos actuales relativos a adultos mayores con trastornos por consumo de alcohol o uso de sustancias son escasos, lo que complica la estimación exacta de la magnitud e implicaciones del problema.

En 1991, el estudio Epidemiologic Catchment Area (ECA), en USA, realizados en la comunidad, específicamente en adultos mayores, demostró una prevalencia de vida en drogas ilegales de 1,6% y en alcohol: 14% en hombres, 2% en mujeres [11].

El Informe del Surgeon General sobre Salud Mental (1999), estimó una prevalencia general del »consumo excesivo de alcohol« en adultos mayores, entre 3 al 9%. Las tasas de abuso y dependencia de alcohol son aproximadamente cuatro veces mayores en hombres que mujeres: 1,2% vs. 0,3% [10].

Blazer y Wu basados en el estudio National Surveys on Drug Use and Health (NSDUH) [12], con el objetivo de estimar la prevalencia, distribución y correlaciones del consumo de alcohol y drogas entre las personas de mediana edad y adultos mayores en los Estados Unidos (2009), en una población de 10.953 sujetos de 50 años o más (6.717 sujetos de 50-64 años y 4.236 sujetos mayores de 65 años), destacan:

TABLA 1. Prevalencia de uso de alcohol y drogas último año (2005-2006)

	Alcohol	Marihuana	Cocaína	Inhalantes
65 años o más	51.92	0.69	0.04	0.07

Fuente: Estudio National Surveys on Drug Use and Health

El estudio multicéntrico europeo MentDis_ICF65 (2017), en una muestra de 3142 hombres y mujeres mayores entre 65-84 años, Andreas et al. [13], encuentran tasas de consumo:

TABLA 2. Prevalencia de vida trastorno uso de sustancias 2017

Dependencia o uso indebido del alcohol	8.8 (4.5 - 13.2)
Cualquier trastorno relacionado con uso sustancias	18.2 (14.6 - 21.8)

Fuente: Estudio MentDis_ICF65

TABLA 3. Prevalencia últimos 12 meses trastorno uso de sustancias 2017

Dependencia o uso indebido del alcohol	5.3 (2.3 - 8.2)
Cualquier trastorno relacionado con uso sustancias	8.9 (6.1 - 11.7)

Fuente: Estudio MentDis_ICF65

Las tasas de TUS en personas mayores de 50 años se proyecta que aumentarán aproximadamente 2,8 millones en 2006 a 5,7 millones en 2020; así se duplicarán en Europa o se llegarán a triplicar en Estados Unidos [6, 8].

En Chile, las prevalencias de consumo de alcohol y sustancias en los adultos mayores, sus patrones y factores asociados se conocen poco, así, Marín (2015) analizó la prevalencia de consumo de alcohol en ancianos, usando los datos del Estudio Nacional de Dependencia 2009, en personas mayores de 60 años, determinó que el porcentaje de adultos mayores con consumo riesgoso de alcohol (más de tres tragos para hombres y más de dos tragos para mujeres en un día típico de consumo) es de 16,9% [14].

La Encuesta Nacional de Salud (ENS) del Ministerio de Salud, de Chile, 2016-2017. muestra como Consumo riesgoso de alcohol en los últimos 12 meses, en adultos mayores de 65 años una prevalencia de: 4,8% [15].

La IV Encuesta Calidad de Vida en la Vejez 2017 [16], realizada en personas de más de 60 años, con un tamaño muestral de 1.623 casos, representativa de la población total del país, la cual tiene por objetivo dar cuenta de la realidad de las personas mayores de nuestro país, nos permite conocer:

TABLA 4. Consumo durante los últimos 6 meses

Consumo excesivo alcohol	1,6%
Consumo drogas ilícitas	0,1%

Fuente: Encuesta calidad de vida en la vejez 2017

Si consideramos las estimaciones del SENAMA en Chile, sobre el Envejecimiento de la Población de Mayores para el año 2025, llegará a 3.800.000 [17]. Las proyecciones de adultos mayores con consumo riesgoso de alcohol pueden llegar a cifras de más de 180.000 personas y aquellas con consumo de drogas ilícitas a cerca de 4.000 ancianos o inclusive llegar a duplicarse.

CLASIFICACIÓN

Los adultos mayores con consumo de sustancias tradicionalmente se han dividido en dos grupos [4, 6, 10, 18]:

1. Consumidores de inicio o iniciación temprana (supervivientes), y
2. Consumidores de inicio o iniciación tardía (reactivos).

Aunque más reciente han sido conceptualizados como situacional o crónico.

Los consumidores de inicio o iniciación temprana suelen tener una larga historia de consumo de sustancias que persiste en la vejez, comenzaron a beber antes de los 65 años, y tienen una mayor cantidad de problemas físicos y mentales asociados con su historia de abuso de sustancias [6, 19]. Son un grupo vulnerable al tener problemas de salud

crónicos y requerir mayores atenciones de salud por una posible peor calidad de vida, debido a la adicción, así como malos hábitos y experiencias de vida negativas. Sus relaciones sociales y redes de apoyo también son más restringidos por lo que es muy probable que vivan solos o sean más susceptibles al aislamiento social [20].

Los consumidores de inicio o iniciación tardía empiezan a consumir sustancias debido a algún acontecimiento estresante vital, como la jubilación, la separación, el aislamiento social, la partida un ser querido o la muerte del cónyuge, o algún problema de salud. No está claro, sin embargo, si existe una relación causal [6, 10, 20]. Su consumo se da en los ciclos vitales propios del adulto mayor.

FACTORES DE RIESGO

El Trastorno de uso de sustancias por ancianos está asociado con problemas de salud, exclusión social y aislamiento, los que a su vez son factores de riesgo para el abuso y la dependencia de sustancias [8], los podemos dividir en:

- Factores de riesgo físicos.
- Factores de riesgo psiquiátricos.
- Factores de riesgo social.

FACTORES DE RIESGO FÍSICO.

- Género masculino (alcohol, drogas ilícitas), sexo femenino (para medicamento con receta o de venta libre)
- Caucásico
- Discapacidades físicas o movilidad limitada
- Transiciones en situaciones de cuidado / vida
- Deterioro del estado de salud
- Enfermedad física crónica / multi morbilidad
- Enfermedad crónica asociada con el dolor (analgésicos opioides, cannabis), insomnio (drogas hipnóticas), ansiedad (ansiolíticos).
- Consumo de varios fármacos / polifarmacia.

FACTORES DE RIESGO PSIQUIÁTRICOS

- Estilo de afrontamiento de evitación.
- Antecedente de consumo problemático de alcohol.
- TUS previo y/o concurrente.
- Enfermedad psiquiátrica previa y/o concurrente.
- Prescripción a largo plazo (hipnóticos sedantes, ansiolíticos).
- Historia familiar de consumo de drogas.

- Afectos negativos (depresión, desmoralización, enojo)
- Trastorno de personalidad.

FACTORES DE RIESGO SOCIAL

- Aburrimiento y dinero disponible.
- Duelo.
- Jubilación inesperada o forzosa.
- Aislamiento social (vive solo o no con su cónyuge).

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico formal de TUS se basa en los criterios delineados por el CIE-11 o el DSM-V, los cuales, por lo general, se validaron en población jóvenes y de mediana edad. Debido a factores biológicos y sociales propios de la senectud, estos criterios pueden ser menos relevantes para abordar el problema del consumo de drogas en los ancianos [1, 8, 18, 20], esto plantea un desafío al hacer el diagnóstico preciso de adicción entre los adultos mayores, porque se debe considerar aspectos muy específicos, por ejemplo:

- Los cambios fisiológicos propios de la edad aumentan los efectos del alcohol y de las drogas, que llevan a una reducción de la tolerancia, interfiriendo así con una de las características de TUS, la mayor tolerancia [8, 11].
- La interrupción en los roles sociales u otras consecuencias del consumo de alcohol y sustancias es menos probable que ocurra o no sea notorio en la vejez, como la jubilación o el aislamiento social, etapa donde además aparece la muerte de los pares [8, 11].
- El criterio relacionado con el uso continuo de sustancias: a pesar de los problemas persistentes o recurrentes, puede no aplicarse a muchos adultos mayores, ya que estos no necesariamente, reconocen que sus problemas están relacionados con él consumo [7, 8].

TABLA 5. Criterios diagnósticos del Trastorno uso de sustancias (anteriormente abuso de sustancias o dependencia)

Criterios DSM-5 para TUS	Consideración para adultos mayores
Se consume una sustancia con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.	El deterioro cognitivo puede interferir en el auto control [1] Las drogas per se pueden afectar la cognición, más entre los adultos mayores, que entre los adultos más jóvenes.
Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de sustancias.	Es lo mismo que la población adulta en general
Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para obtener la	Las consecuencias del uso de drogas pueden ocurrir al usar cantidades relativamente pequeñas.

sustancia, consumirla o recuperarse de sus efectos.	
Ansias (craving) o un poderoso deseo o necesidad de consumir la sustancia.	Adultos mayores con hábitos arraigados pueden no reconocer el craving de la misma manera que la población general.
Consumo recurrente de sustancias que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.	Las obligaciones de cumplir roles pueden no existir para los adultos mayores de la misma manera que se da en los adultos más jóvenes debido a las transiciones propias de esta etapa del ciclo vital, como la jubilación. Las responsabilidades sociales más comunes en las últimas etapas de la vida son el cuidado de un nieto, del cónyuge o un miembro de la familia que esté enfermo.
Consumo continuo de sustancias a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos de la sustancia.	Los adultos mayores pueden no darse cuenta o niegan [1] que los problemas que experimentan son por el uso de sustancias.
El consumo de sustancias provoca abandono o reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.	Los adultos mayores pueden participar en menos actividades, independiente del uso de sustancias, por lo que es difícil de detectar.
Consumo recurrente de sustancias en situaciones en las que hay un riesgo físico.	Los adultos mayores pueden no identificar o comprender el uso peligroso, aun cuando usen drogas en pequeñas cantidades.
Se continúa con el consumo de sustancias a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por la sustancia.	Los adultos mayores pueden no darse cuenta de que los problemas que experimentan son por el uso de sustancias.
Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:	Debido a la mayor sensibilidad a las sustancias a medida que envejecen, los adultos mayores parecen disminuir en lugar de aumentar su tolerancia.
a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.	Las personas mayores pueden no desarrollar dependencia [1].
b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de la sustancia.	
Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:	Los síntomas de abstinencia pueden manifestarse de manera más “leve y prolongada”. Los usuarios de sustancias de inicio tardío pueden no desarrollar dependencia fisiológica; lo usuarios no problemáticos de medicamentos, como las benzodiazepinas, pueden desarrollar dependencia fisiológica.
a. Presencia del síndrome de abstinencia característico de la sustancia.	
b. Se consume la sustancia para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.	Incluso un consumo en baja cantidad puede causar este problema [1].

NOTA: El TUS se define cuando se producen dos o más de los síntomas en los últimos 12 meses.

Adaptado de Blow 1988, en: Our Invisible Addicts 1, 2018 y Barry KL, Blow FC, Oslin DW 2002, en: Kuerbis 10, A. Substance Abuse Among Older Adults Clin Geriatr Med. 2014 August; 30(3): 629-654.2014.

Muchos de los investigadores que estudian el trastorno por uso de sustancias en los adultos mayores les restan importancia a los criterios diagnósticos del DSM o del CIE para identificar el problema, en cambio, usan una clasificación categórica de dos niveles: uso de consumo en riesgo de sustancias (consumo riesgoso) y consumo problemático de sustancias:

El uso de sustancias en riesgo (también conocido como uso excesivo, uso peligroso o uso riesgoso) se caracteriza por aquellos individuos que usan sustancias por encima de los niveles recomendados pero que experimentan pocos o ningún problema físico, mental, emocional o social como resultado del uso. Estas personas pueden estar en alto riesgo de desarrollar tales problemas y, por lo tanto, aún requieren un examen completo y una prevención secundaria [8, 9].

El uso problemático de sustancias se caracteriza aquellos individuos que ya están experimentando problemas como resultado de su uso. La identificación del uso problemático entre los adultos mayores no depende de la cantidad y frecuencia del uso, sino del contexto en que se usan las drogas, por ejemplo, los adultos mayores pueden experimentar problemas graves con alcohol incluso cuando lo ingieren en pequeñas cantidades debido a condiciones médicas, como gota, cirrosis o pancreatitis [8, 9].

TABLA 6. Categorización del uso de sustancias entre adultos mayores

Abstinencia	No beber y no usar drogas ilícitas.
Uso de bajo riesgo	Beber según las pautas recomendadas (siete bebidas estándar por semana, no más de dos bebidas en una ocasión) Solo uso indicado / prescrito de medicamentos recetados o de venta libre. No hay pautas en el uso de bajo riesgo para drogas ilícitas.
Uso en riesgo (también referido como no saludable o uso peligroso)	Beber más allá de las pautas recomendadas; beber alcohol mientras toma medicamentos. Uso no indicado de medicamentos prescritos o de venta libre; tomar medicamentos, incluso en forma ocasional, si no están prescritos directamente para esa persona. Uso de sustancias ilícitas.
Uso problemático	El uso de sustancias da lugar a consecuencias sociales, médicas o psicológicas, independientemente de la cantidad o frecuencia de uso. El usuario problemático puede o no cumplir los criterios para TUS.

EVALUACIÓN

El panel de Consenso del Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA, USA. 1998) que elabora el manual sobre “Abuso de sustancias entre adultos mayores: protocolo de tratamiento”, recomienda que a todo paciente mayor de 60 años, de forma regular o rutinaria se le realice una evaluación por abuso de alcohol, drogas y medicamentos recetados, como parte del examen médico, ya que las enfermedades concurrentes y otras afecciones crónicas pueden enmascarar el consumo abusivo [11, 18].

La evaluación del consumo de sustancias en personas mayores debe tener como objetivo clave involucrar al paciente, su familia y/o cuidadores para poder tomar una adecuada historia clínica, poder realizar un examen físico completo y realizar una valoración de la funcionalidad del paciente, por ello se recomienda el abordaje con un equipo multidisciplinario especializado, bien interrelacionado, que empleen cuestionarios adecuados, los cuales puedan llenar los pacientes o las personas que los cuidan, que ayuden a hacer más eficiente el proceso de valoración.

El Royal College of Psychiatrists (2015), en su guía "Uso indebido de sustancias en personas mayores" [21], señala que la evaluación sistemática debe incluir los siguientes factores:

- Edad, sexo, origen étnico, vivienda, entorno de vida (enfatizan la importancia de la visita domiciliaria para obtener una imagen clínica completa de la discapacidad y vulnerabilidad).
- Motivo de consulta (puede estar enmascarado y requiere un enfoque flexible).
- Evalúe cada sustancia por separado (alcohol / nicotina / medicamentos de venta con receta / drogas ilícitas).
- Edad del primer consumo.
- Edad de desarrollo del síndrome de dependencia.
- Uso máximo, cuándo / por cuánto tiempo.
- Patrón de consumo (cantidad / frecuencia) durante el día / la semana.
- Formas de acceso al alcohol y drogas.
- Ambiente donde se consume alcohol y/o drogas (ejemplo: en casa solo, con amigos; uso con medicamentos, etc.).
- Vía de uso.
- Forma de financiamiento.
- Períodos de abstinencia / recaída y vínculos de estabilidad.
- Sustancia (s) preferida (s).
- Tratamiento (fechas, servicio, intervención).
- Historia psiquiátrica individual y familiar.
- Historial médico (especialmente complicaciones por la sustancia y cualquier deterioro existente relacionado con la edad; interacciones con medicamentos, etc.).
- Historia ocupacional y psicosexual.
- Historia de trastornos del sueño.
- Historia forense (especialmente alteraciones del orden público y delitos).
- Riesgo de caídas, aislamiento social / cultural, financiero.
- Actividades de la vida diaria: dependiente/ voluntario /cuidado privado.
- Nivel de nutrición: ¿pueden cocinar por sí mismos? ¿Están descuidando su dieta? ¿Problemas dentales que limitan la cantidad de comida que pueden comer?
- Apoyo social de cuidadores informales y amigos.
- Presiones sociales: deudas, uso de drogas por los "cuidadores", apertura al tráfico.

POSIBLES SÍNTOMAS O INDICADORES POTENCIALES DEL USO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL O SUSTANCIAS

Síntomas o indicadores físicos

- Caídas, magulladuras inexplicables y quemaduras.

- Pérdida de coordinación (caminar tambaleante, caídas frecuentes).
- Mala higiene o autocuidado deteriorado.
- Dolor crónico.
- Cefaleas.
- Incontinencia.
- Mala nutrición, cambios en los hábitos alimenticios.
- Convulsiones idiopáticas.
- Síntomas inespecíficos (por ejemplo, vómitos, mareos).
- Déficits sensoriales.
- "Enmascaramiento" o solapamiento por otros trastornos (ej, depresión, enf. de Parkinson).
- Alteraciones en pruebas de función hepática.
- Dificultad en la fluidez al hablar.

Síntomas o indicadores cognitivos

- Desorientación.
- Pérdida de memoria tras tomar una copa de alcohol.
- Deterioro cognitivo.
- Problemas para concentrarse.
- Estados confusionales.

Síntomas o indicadores psiquiátricos

- Cambios en los hábitos de sueño.
- Ansiedad.
- Irritabilidad, o cambios de humor excesivos.
- Falta de interés en las actividades habituales.
- Tristeza, depresión.

Síntomas o indicadores sociales

- Problemas familiares o dificultad para mantener contacto con la familia o amigos.
- Problemas financieros.
- Problemas legales.
- Aislamiento social o querer estar solo la mayor parte del tiempo.
- Quedar sin medicación precozmente.
- Falta de aseo personal: No bañarse o mantenerse limpio.
- Tomar medicamentos de otro.

SUSTANCIAS DE CONSUMO MÁS FRECUENTES

ALCOHOL

Carnelli señala que el problema del alcoholismo a edad senil es sin duda complicado y diferente en función del punto de vista desde el cual se contemple: terapéutico, asistencial o el de la convivencia en la comunidad; cada uno de ellos con un interés distinto, dependiendo si se tiene que resolver el problema del anciano que se ha vuelto alcohólico o del alcohólico que ha llegado a la vejez [22].

La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe el consumo regular como la ingesta entre 20 a 40 g diarios de alcohol en mujeres y de 40 a 60 g diarios en varones de edad media [11, 40]. Chermack et al. basados en sus estudios con adultos mayores de 55 años y consumo problemático de alcohol, recomiendan que este debe ser más bajo que el de los adultos más jóvenes, no debe exceder más de un trago al día [23].

Leyton y Arancibia, en el documento de trabajo SENDA-MINSAL, "El Consumo De Alcohol En Chile: Situación Epidemiológica", en lo que respecta a personas mayores de 65 años y consumo de alcohol puro en gramos (g.) consumido en un día promedio, señala que la cantidad, llega a 38,8 g [24].

Las personas mayores tienden a beber menos alcohol que las personas más jóvenes, pareciera que el beber en exceso disminuye con la edad, pero aun así 1 de cada 5 hombres mayores y 1 de cada 10 mujeres mayores beben lo suficiente como para afectar su salud. Estas cifras han aumentado en un 40% en los hombres y en un 100% en las mujeres en los últimos 20 años, por lo tanto una cantidad considerable de ancianos beben más de lo recomendado, sobre todo la cohorte entre los 65-74 años [25].

Los trastornos por el consumo de alcohol en los AM se asocian a una considerable morbilidad, por lo que los profesionales de la salud deben prestar atención a los síntomas o indicadores potenciales que los hacen sospechar.

La morbilidad mortalidad en el adulto mayor relacionada con el consumo de alcohol es amplia, mencionaremos [7, 9, 10, 18, 25]:

- Aumento de caídas y otros accidentes, y por lo tanto fracturas. Además, el consumo en exceso está asociado con osteoporosis.
- Los ingresos hospitalarios asociados con el alcohol están aumentando entre los mayores de 65 años de edad.
- Insomnio, un problema frecuente entre las personas mayores. Se sabe que el alcohol interrumpe los patrones de sueño por lo que se debe evitar el uso de alcohol como inductor del sueño.
- El deterioro de las funciones cognitivas es más frecuente en las personas mayores que en las jóvenes. El daño cerebral relacionado con el alcohol parece ocurrir en más del 50% de las personas con consumo crónico grave de alcohol, como resultado del efecto tóxico directo del alcohol en el cerebro, la deficiencia de

vitamina B1 (tiamina) debido a una dieta deficiente (esto puede causar el síndrome de Wernicke-Korsakoff).

Herramientas de detección

En la actualidad no hay pruebas específicas que permitan realizar el diagnóstico de trastorno por uso de alcohol, razón por lo cual una adecuada anamnesis, un examen mental, una exploración clínica amplia, la realización de exámenes de laboratorios, así como recabar información con los familiares y/o cuidadores del paciente son necesarios [26]. Además, podemos contar con test, cuestionarios, escalas, etc., como herramientas de gran ayuda en la detección del consumo de riesgo, consumo perjudicial o dependencia. El Cuestionario CAGE y el Michigan Alcoholism Screening Test-Geriatric Version (MAST-G) son dos instrumentos de detección del alcohol que han sido validados para su uso con adultos mayores, también se puede usar el test AUDIT-5 y el CARET [9, 18].

El Cuestionario CAGE. (Cutting down, Annoyance, Guilty feeling, Eye-openers)

Ewing (1984), tiene la gran ventaja de ser breve y sencillo ya que puede ser realizado en un minuto. Es un buen cuestionario, validado en mayores de 65 años y de fácil realización [9, 18]. Se encuentra validado al español.

The Michigan Alcohol Screening Test-Geriatric Version (MAST-G)

Desarrollado por Blow et al. [27], basado en el Michigan Alcohol Screening Test (Selzer et al., 1971), es un instrumento diseñado para identificar problemas por consumo del alcohol específicamente en personas mayores de 65 años. Tiene versiones validadas al español.

AUDIT. (Alcohol Use Disorders Identification Test, Cuestionario de Autodiagnóstico sobre Riesgos en el Uso de Alcohol)

Realizado bajo el auspicio de la OMS (Sauders y Aasland, 1987) como un método simple, breve, eficaz y autoadministrable [28]. El AUDIT permite tamizar tanto consumo riesgoso, como consumo perjudicial y dependencia a alcohol. Fue validado en población adulta chilena por Alvarado et al., 2009 [29]. Existe una versión breve del test para adultos mayores (AUDIT-5) [30]. Actualmente en Chile se aplica en la atención primaria de Salud para la detección de este problema.

Comorbidity Alcohol Risk Evaluation Tool (CARET).

El test de evaluación de riesgo de comorbilidad y alcohol (CARET, en inglés) es un instrumento que identifica a los adultos mayores que están en riesgo debido a la cantidad y frecuencia de su consumo, la presencia de comorbilidad médica, comportamientos de

alto riesgo (como beber y conducir), y el uso concomitante de medicamentos. Ha demostrado buena validez en esta población [9].

Exámenes de laboratorio

Se utilizan marcadores bioquímicos [8, 23]:

- GGT (Gamaglutamil Transpeptidasa),
- VCM (Volumen Corpuscular Medio), y
- TDC (Transferrina Deficiente en Carbohidratos)

Son útiles combinados entre sí y asociados a otros instrumentos diagnósticos (test de screening) no solo para la detección precoz del consumo sino también para la confirmación diagnóstica de alcoholismo y para el control y seguimiento del paciente en tratamiento o en plan de abstinencia.

Gama Glutamil Transpeptidasa (GGT)

Es un marcador muy sensible del consumo de alcohol excesivo y continuado, pero poco específico pues puede elevarse en otras hepatopatías, insuficiencia cardíaca o por alteración hepática por drogas. Si el paciente no presenta otra causa de hepatopatía se normaliza con la abstinencia y se altera con el reinicio del consumo, se puede utilizar como elemento de control terapéutico.

Volumen Corpuscular Medio (VCM)

Es un marcador menos sensible pero más específico que la GGT, tarda semanas o meses en normalizarse cuando se suspende el consumo de alcohol por lo que no es tan útil como marcador de seguimiento. La determinación de la GGT más el VCM es un buen método que permite detectar a más del 75% de bebedores excesivos.

Transferrina Deficiente en Carbohidratos (TDC)

Es un nuevo marcador más eficaz y más sensible para detectar consumo de alcohol que los anteriores. De utilidad para el seguimiento, tiende a normalizarse durante las primeras semanas de abstinencia y se eleva más precozmente que la GGT cuando el paciente recae.

MARIHUANA

La creciente aceptación del uso de marihuana, tanto medicinal como recreacional, ha traspasado fronteras y ha conllevado que en muchos países se apruebe legalizar su consumo.

En el Reino Unido (2016), las prevalencias en el adulto mayor muestran el aumento importante que se ha dado, en un período de 15 años aproximadamente, en este grupo:

TABLA 7. Prevalencia de uso de cannabis a lo largo de la vida en adultos mayores

Año	2000	2014
Rango edad	65-74	65-74
Porcentaje	0.9%	6.8%

Fuente: UK Adult Psychiatric Morbidity (NHS Digital, 2016)

En los Estados Unidos, Salas-Wright, 2017, señalan que la prevalencia de consumo los últimos 12 meses de cannabis en adultos mayores de 65 años subió de 0.15% en el 2003 a 2.04% en el 2014 [1].

En Chile su prevalencia, en los adultos mayores es desconocida, y ese consumo puede conllevar riesgos únicos en una población que envejece.

Se sabe que la marihuana causa deterioro de la memoria a corto plazo; aumento del ritmo cardíaco, frecuencia respiratoria y presión arterial; incrementa hasta cuatro veces el riesgo de infarto después de la primera hora de fumar marihuana. Estos riesgos pueden ser pronunciados en adultos mayores cuyos sistemas cognitivos o cardiovasculares ya pueden estar comprometidos [8, 9].

Ante la pregunta si: ¿los adultos mayores usan marihuana de forma medicinal?

El estudio nacional de los Países Bajos sobre la prescripción de cannabis medicinal en más de 5500 pacientes en el período 2003-2010 [31] demostró que:

- 31% de los usuarios tienen edades entre 61-80 años
- 6% de los usuarios son mayores de 80 años.

MEDICAMENTOS RECETADOS Y DE VENTA LIBRE

Alrededor del 25% de los medicamentos recetados en los EE. UU. son indicados a adultos mayores [18]. La adicción a medicamentos es frecuente en el adulto mayor: las estimaciones sugieren que entre el 30 y el 40% de los usuarios de benzodiazepinas a largo plazo y los analgésicos opiáceos se vuelven dependientes a ellos [32]. Blazer y Wu reportaron que el 1,4% de los adultos mayores de 50 años usaban, en el último año, analgésicos opioides, lo que fue una tasa más alta que los sedantes, tranquilizantes y estimulantes (todos <1%) [9].

Gómez et al. (2017), en una revisión sobre el uso de Benzodiazepinas en el adulto mayor en América Latina, destacan su alta prevalencia, llegando a un 49,5% en población no consultante, 50,8% en pacientes hospitalizados y hasta 61,4% en atención primaria [33].

El abuso de fármacos de prescripción es un continuum con rangos que van desde el uso inapropiado de aquellos con indicación médica hasta el uso nocivo, con un patrón de abuso persistente y dependencia. En adultos mayores, el uso inapropiado, el abuso y la dependencia de benzodiazepinas tiene un patrón de consumo cualitativa y

cuantitativamente diferente que, en los adultos jóvenes, ya que su consumo no va dirigido a experimentar emociones de euforia y generalmente no las obtienen de manera ilegal [34].

TABACO

Fumar cigarrillos es la principal causa de muerte prematura entre adultos mayores siendo esta una situación prevenible.

En Chile, La Encuesta Nacional de Salud (2017), del Ministerio de Salud, señala que la tasa de prevalencia de consumo en el último año de tabaquismo en adultos mayores fue de 12,8% [15].

El consumo de tabaco entre adultos mayores se asocia con una mayor morbilidad: accidente cerebrovascular, enfermedad vascular periférica, úlcera péptica, enfermedad por reflujo gastroesofágico, hipertensión pulmonar, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, disminución de la función pulmonar, riesgos de eventos coronarios y muertes cardíacas, cáncer, desarrollo de osteoporosis, riesgo de fracturas de cadera, pérdida de movilidad y peor funcionamiento físico [9, 35].

La relación causal entre el tabaco y el cáncer es uno de los hechos más reconocidos y admitidos por la comunidad científica, presenta una clara relación con los diferentes tipos de cáncer (pulmón, laringe, cavidad oral, esófago, estómago, páncreas y vejiga). El tabaco es uno de los factores carcinogénicos más importantes en el anciano, por las posibles alteraciones que produciría el tabaco en un inicio precoz y mantenerlo un mayor período de tiempo, en los que siguen fumando, se suma el elevado número de cigarrillos por la mayor adicción que causa [36].

Es mandatorio intervenir terapéuticamente para procurar el abandono del tabaquismo con lo cual se disminuye el riesgo de cáncer en el anciano, aunque de una forma más lenta que en el adulto. Las personas mayores que dejan de fumar por 5 años reducen el riesgo de mortalidad cardiovascular y de cáncer de pulmón similar a la de los no fumadores [35].

COCAÍNA, PASTA BASE

La adicción a cocaína o pasta base desarrolla una condición crónica y recurrente, con un uso compulsivo a pesar de las consecuencias adversas y frecuentes recaídas que suelen producirse años después de la abstinencia completa.

En el adulto mayor las prevalencias de consumo son bajas 0,04% [12].

Tanto el consumo de cocaína como de pasta base de cocaína causan repercusiones físicas (infarto de miocardio, accidente cerebrovascular) y psiquiátricas (paranoia, psicosis, depresión, ansiedad, crisis de pánico) que pueden ocurrir ya sea en un primer contacto como en el uso habitual ocasional, o en la dependencia.

JUEGO PATOLÓGICO: LUDOPATÍA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la ludopatía como un trastorno caracterizado por la presencia de frecuentes y reiterados episodios de participación en juego de apuestas, los cuales dominan la vida del/la enfermo/a en perjuicio de sus valores y obligaciones sociales, laborales, materiales y familiares; esta conducta persiste y a menudo se incrementa a pesar de sus consecuencias sociales adversas tales como pérdida de la fortuna personal, deterioro de las relaciones familiares y situaciones personales críticas.

El estudio "Conductas de juego y juego patológico", en Chile, determinó en la cohorte de adultos mayores de 61 años una prevalencia del 20% [37].

El juego patológico se asocia con una alta comorbilidad, por lo tanto, es necesario que los médicos siempre evalúen la presencia de otros trastornos psiquiátricos y adictivos en sus pacientes.

Los estudios han concluido que la participación temprana en el juego es predictiva de juegos de apuestas posteriores problemáticos. Muchos jugadores adultos reportan problemas que comenzaron a apostar cuando eran jóvenes [38].

PATOLOGÍA DUAL

La Patología dual es la presencia de dos o más trastornos psiquiátricos, en el mismo individuo, uno de los cuales es un trastorno por uso de sustancias.

Bartels et al. (2006), señalan que la prevalencia de patología dual en el adulto mayor varía del 21% al 66%. Las personas con diagnóstico dual tienen tasas más altas de mortalidad que la población general (Moos et al, 1994) y las personas mayores de 65 años tienen dos veces más riesgo de muerte que la población general (Chang et al, 2010) [1].

Las personas mayores con Patología Dual presentan como diagnósticos más frecuentes: depresión, ansiedad y deterioro cognitivo, relacionadas al consumo de alcohol, benzodiacepinas y analgésicos opioides [1,10].

Es importante hacer el diagnóstico de patología dual en personas mayores para un mejor abordaje, establecerlo puede ser complejo ya que, en muchas ocasiones, pasa desapercibido. Sin embargo, "una vez que se realiza un buen diagnóstico diferencial en estos pacientes y se les ofrece un tratamiento adecuado, la evolución es superior al de los más jóvenes". La Patología Dual debe ser abordada en un tratamiento integrado, unificado, que permita reunir las necesidades de salud mental, del consumo de sustancia, y del usuario, es el modelo de tratamiento recomendado.

TRATAMIENTO

Se considera que el 40% de los adultos mayores que usan sustancias no buscan tratamiento, ya sea porque no conocen los riesgos del consumo o porque simplemente no desean hacerlo [39].

El tratamiento del Trastorno por uso de sustancias en adultos mayores es similar al que se realiza en otros adultos, implica una combinación de intervenciones farmacológicos y psicosociales, complementadas por apoyo familiar y participación en grupos de autoayuda (Blazer, 1996) [10].

Los principios generales son estabilizar, reducir el consumo, tratar los problemas coexistentes y organizar intervenciones psicosociales apropiadas (como asesoramiento y / o entrevista motivacional) para reducir la recaída. Si este enfoque falla, el tratamiento hospitalario en una unidad psiquiátrica, con desintoxicación está indicado y puede ser beneficioso. Las personas mayores responderán tan bien como, y tal vez mejor que las personas más jóvenes. Fitzgerald (1992) informa que los pacientes de edad avanzada tienen más probabilidades de lograr abstinencia y lo hacen mejor que las cohortes más jóvenes, especialmente a largo plazo [39].

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

Un continuo de opciones de tratamiento está disponible para adultos mayores, dependiendo del diagnóstico y la gravedad de los problemas pesquisados. Contrariamente a la suposición de que los usuarios de sustancias de mayor edad están atrapados en los patrones permanentes de uso, los adultos mayores han demostrado resultados del tratamiento tan bueno, o mejores, que las observados en los grupos más jóvenes; sin embargo, el acceso a servicios especializados adaptados para adultos mayores es limitado [9].

INTERVENCIÓN BREVE

Son un conjunto de procedimientos simples y breves, pero estructurados, para dar ayuda oportuna y eficaz a personas respecto del manejo de riesgos relacionados con el consumo de alcohol [9], tabaco y medicamentos recetados. Las intervenciones breves son efectivas en entornos de atención primaria de la salud para reducir problemas relacionados con el alcohol entre personas con consumo perjudicial, pero sin dependencia.

Las intervenciones breves parecen ser igualmente efectivas para hombres y mujeres, para jóvenes y adultos mayores [40].

TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL (TCC)

La terapia cognitivo-conductual ha sido las más estudiada y utilizada en el tratamiento de los trastornos adictivos. Se centra en identificar y alterar las secuencias de

pensamiento, sentimiento y comportamiento que conducen al consumo problemático o al consumo de drogas. La TCC se puede administrar individualmente o en grupos. También hay evidencia de la efectividad de la TCC con adultos mayores. El enfoque altamente estructurado y didáctico adoptado en la TCC puede ser particularmente útil para los adultos mayores debido a la tendencia a presentar dificultades de memoria [9].

Se considera que es más efectiva la combinación de terapia cognitivo-conductual con otras modalidades psicológicas o farmacológicas que cada una de forma aislada.

ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Rollnick y Miller (1995), señalan que es un estilo de orientación centrada en el cliente, utilizando técnicas para construir confianza, reducir resistencia y para ayudar a explorar y resolver su ambivalencia hacia el cambio del comportamiento [40].

Su aplicación en población de ancianos muestra evidencias para producir disminución en diversos problemas asociados a estilos de vida como el tabaquismo y el consumo de alcohol [40, 41].

FARMACOLOGÍA

El número de fármacos para el TUS es limitado y la investigación que existe en adultos mayores es escasa, aún se requieren más estudios y pruebas sobre la eficacia y seguridad de estos medicamentos.

La desintoxicación de personas mayores se recomienda se realice idealmente en un hospital debido a las posibles complicaciones médicas y porque los síntomas del síndrome de abstinencia en los adultos mayores pueden ser más prolongados [2, 9, 10, 18].

La Farmacoterapia para el trastorno de uso de sustancias en adultos mayores se ha dirigido principalmente al manejo agudo de la abstinencia y el *craving*.

DISULFIRAM

Es un agente aversivo que aumenta los efectos nocivos de la ingestión de alcohol al aumentar los niveles de acetaldehído. Aunque se ha utilizado con adultos mayores de 50 años con algún beneficio, tiene limitaciones. El Disulfiram solo es útil si se sigue adecuadamente la indicación, se recomienda su ingesta bajo supervisión (lo que asegura su toma). El consentimiento informado es un componente importante del tratamiento [9, 10, 18].

La dosis en adultos mayores es de 125-250 mg/día; dosis superiores a 250 mg/día se asocian con mayores tasas de psicosis, hipertensión y hepatitis. Es necesario evaluar la

función hepática al inicio de la toma del fármaco, luego cada 2-3 semanas por dos meses y mantener los controles cada tres meses mientras se indique el fármaco [35].

NALTREXONA

Es un antagonista opioide y un análogo sintético de la oximorfina. Es el medicamento más estudiado y utilizado entre los adultos mayores en el tratamiento del alcohol, puede tomarse diariamente. La dosis estándar de naltrexona es de 50 mg. La principal limitación de la naltrexona en los adultos mayores es la posibilidad de presentar dolor crónico comórbido, ya que bloquea el efecto de los analgésicos opioides. También puede potenciar los síntomas preexistentes del trastorno depresivo mayor, por lo que aquellos pacientes con antecedentes de depresión deben ser observados. [9, 35]

VARENICLINA

Es un agonista nicotínico indicado para ayudar a dejar de fumar. Su uso en adulto mayor podría tener riesgos [35].

La vareniclina se inicia una semana antes de establecer una fecha para dejar de fumar se debe asegurar dejar la fecha precisa que se elige para hacerlo. La dosificación es: 0.5 mg / día durante tres días, luego 0.5 mg dos veces al día durante cuatro días, continuar 1 mg dos veces al día. [50]

La Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés, 2015), formuló un aviso de seguridad sobre los riesgos del consumo de alcohol al usar este fármaco, así como por los casos de convulsiones reportados.

BUPROPIÓN

Para iniciar su uso se debe seleccionar una fecha para dejar de fumar (generalmente de 1 a 2 semanas antes). La dosis en los pacientes ancianos es de 100 mg/día por 3 días; luego se aumenta la dosis a 100 mg dos veces al día después de 4-7 días. Las dosis deben separarse por 8 horas. Bupropion debe mantenerse durante 7-12 semanas; a las 7 semanas, si el paciente no ha progresado en dejar de fumar, el medicamento debe suspenderse. El objetivo de la terapia es el cese total del tabaquismo. Idealmente, cuando esto se logra a las 12 semanas, el medicamento se suspende. [9, 35].

Caso 1

Paciente masculino, 63 años, sin hijos, soltero, evaluado en consultorio de atención primaria, donde es llevado por su ex conviviente, presenta:

- Progresivo deterioro de memoria.
- Caídas y trauma craneoencefálico.

- Se comunica en forma farfúllante, no consigue dar cuenta de su pasado, ni de sus necesidades actuales.
- Períodos de irritabilidad.
- Deambula con inestabilidad de la marcha, requiere apoyo de terceros en actividades de la vida diaria.

Antecedente de consumo de alcohol desde su juventud, con períodos de abstinencia y recaídas y mala adherencia al tratamiento, donde aparecen alucinosis por consumo.

Actualmente se realizan exámenes por imágenes y se aprecia atrofia cerebral difusa.

No cuenta con familiares, está en situación de abandono.

Caso 2

Paciente masculino 72 años, viudo, vive con una hija. Consulta por consumo de cocaína, reporta:

- 2 años de evolución, niega uso de alcohol u otras drogas
- Uso de 0,5 a 1 gramo 1- 2 veces a la semana, en compañía de pares.
- Lo relaciona con el haberse quedado solo, tras la muerte de su esposa.
- Niega haber consumido en edades anteriores.
- Ha debido concurrir a urgencia en un par de ocasiones por sensación panicosa.
- Acepta tratamiento ambulatorio.
- Antecedente de un infarto agudo de miocardio e hipertensión arterial.

CONCLUSIONES

El trastorno por uso de sustancias es una enfermedad del cerebro que afecta a todas las etapas del ciclo vital, no tiene límites de edad, por lo tanto, los adultos mayores son una cohorte de la población general que también consume drogas lícitas o ilícitas, además de desarrollar trastornos no relacionados con sustancias como el juego patológico.

La compleja constelación de riesgos y complicaciones que los senescentes con adicciones enfrentan y el abanico de consecuencias biopsicosociales junto con la pérdida de la salud funcional que conllevan, como resultado de su mayor fragilidad por la disminución de la capacidad de reserva, puede gatillar el requerimiento de una serie de servicios y recursos necesarios para dar respuesta a las carencias que presentaran, así en salud, necesitan atención de consultas ambulatorias en atención primaria, salud mental, programas en adicciones, atención de especialidades, o en urgencias hospitalarias, tantos para situaciones agudas como por complicaciones de patologías crónicas, o aquellas que el consumo de drogas puede llevar progresivamente a la discapacidad física y cognitivas, o precipitar la institucionalización o conllevar atenciones por protección social ante el posible abandono de familiares, abriendo otros flancos como vivienda, y solicitar el apoyo de servicios de cuidado e inclusive apelar a tribunales de justicia o de familia, lo

que claramente trasciende a la esfera de la adicción o de salud y requiere la colaboración de equipos multidisciplinarios, multilaterales e interinstitucionales que asuman la alta carga de cuidados por enfermedad, dependencia y posibles negligencias, desde una perspectiva de apoyo integral.

Esto abre una oportunidad de intervención que debe ser abordado desde diferentes aristas:

1. Es un desafío en salud pública.
2. Se necesita más investigación sobre la relación adicción y envejecimiento.
3. Los adultos mayores con adicción son un grupo heterogéneo que necesita ser reconocido, abordado en el desarrollo e implementación de políticas nacionales, regionales y locales.
4. Hay una necesidad imperiosa de capacitación y entrenamiento en geriatría y trastorno por uso de sustancias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Royal College of Psychiatrists. Our Invisible Addicts. 2nd edition, 2018. Disponible en: https://www.rcpsych.ac.uk/usefulresources/publications/collegereports/cr/cr211.aspx
2. Stephen J. Bartels et al. Substance Abuse and Mental Health Services. Administration, SAMHSA. Substance Abuse and Mental Health Among Older. Americans: The State of the Knowledge and Future Directions, 2005.
3. National Institute on Drug Abuse (NIDA). Principios de Tratamientos para la drogadicción. Una guía basada en las investigaciones; 2010. p. 2.
4. Blazer D. Psiquiatría Geriátrica. En: Tratado de Psiquiatría. Hales R, Yudofsky SC, Talbott JA. Barcelona: The American Psychiatric Press; 1996. p. 1471.
5. Kane R L, Ouslender J G, Abrass I B. Geriatría Clínica. México: McGraw-Hill Inter americana; 1997. p. 12.
6. Gossop, M. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Consumo de sustancias en adultos mayores: un problema olvidado. Drogas en el punto de mira, 2008. Disponible en: http://www.emcdda.europa.eu
7. Koechl B, Unger A, Fischer G. Age-related aspects of addiction. Gerontology. 2012; 58 (6): 540–544.
8. Feurdean M. Evaluación de las Adicciones en los distintos contextos asistenciales. Estrategias para el siglo XXI. En: Levounis, P, Zerbo E, Aggarwal R. Guía para la evaluación y el tratamiento de las adicciones. Elsevier Barcelona, España; 2017.
9. Kuerbis A, Sacco P, Blazer DG, Moore AA. Substance Abuse Among Older Adults Clin Geriatr Med. 2014 August; 30 (3): 629–654..
10. U.S. Department of Health and Human Services. Mental Health: A Report of the Surgeon General. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health, 1999. Disponible en: https://profiles.nlm.nih.gov/ps/access/nnbbhs.ocr
11. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. JAMA. 1990 Nov 21; 264 (19): 2511-8.
12. Wu L, Blazer D G. Substance use disorders and psychiatric comorbidity in mid and later life: a review. International Journal of Epidemiology. 2014; 43: 304–317
13. Andreas et al. Prevalence of mental disorders in elderly people: the European MentDis_ICF65+ study. The British Journal of Psychiatry. 2017); 210: 125–131.

14. Marín. J. D. Observatorio Chileno de Drogas. Boletín N° 23: Consumo de alcohol en los adultos mayores: prevalencia y factores asociados.
15. Ministerio de Salud, Departamento de Epidemiologia. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Primeros Resultados. Disponible en: www.minsal.cl//wp-content/uploads/201711ENS_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf
16. Pontificia Universidad Católica de Chile. Chile y sus Mayores 10 años de la Encuesta Calidad de Vida en la Vejez. Resultados IV Encuesta Calidad de Vida en la Vejez. 2017.
17. SENAMA. Servicio Nacional del Adulto Mayor. Las Personas Mayores en Chile, Situación, Avances y Desafíos. 2009. p. 25.
18. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA. Substance Abuse Among Older Adults. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, N° 26.
19. Benshoff JJ, Harrawood LK. Substance Abuse and the Elderly: Unique Issues and Concerns. Journal of Rehabilitation. 69 (2): 43-48.
20. Roe B, Beynon C, Pickering L, Duffy P. Experiences of drug use and ageing: health, quality of life, relationship and service implications. Journal of Advanced Nursing. 2010; 66 (9): 1968–1979.
21. The Royal College of Psychiatrists. Substance Misuse In Older People: An Information Guide. 2015.
22. Carnelli L. Alcoholismo y Abuso de drogas. En: Cuellar M, Montenegro F. Geriatría y gerontología para el médico internista. Grupo Editorial La Hoguera, 2012.
23. Copeland J R, Abou-Saleh M T, Blazer D G, editores. Principles and Practice of Geriatric Psychiatry. John Wiley & Sons Ltd Print; 2002.
24. Leyton F, Arancibia P. El consumo de alcohol en chile: situación spidemiológica. En: SENDA-MINSAL; 2016. Disponible en: www.senda.gob.cl/wp-content/uplods/media/estudios/otrosSENDA/2016_Consumo_Alcohol_Chile.pdf
25. NHS Health Scotland. National Health Service. Alcohol and Ageing Is alcohol a major threat to healthy ageing for the baby boomers; 2006.
26. Sáiz P A, et al. Instrumentos de evaluación en alcoholismo. Adicciones, Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/534/526>. Fecha de acceso: 26 jan. 2018 doi: http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.534
27. Blow F. Michigan Alcoholism Screening Test Geriatric version (MAST-G). Ann Arbor: University of Michigan Alcohol Research Center; 1991.
28. Saunders, J. et al. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. Addiction. 1993; 88: 791-804.
29. Alvarado, M. et al. Validez y confiabilidad de la versión chilena del Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). Rev Méd Chile 2009; 137: 1463-1468.
30. O´Connell et al. A systematic review of the utility of self-report alcohol screening instruments in the elderly. International Journal of Geriatric Psychiatry. 2004; 19 (11): 1074-1086. https://doi.org/10.1002/gps.1214
31. Hazekamp A, Heerdink E R. The prevalence and incidence of medicinal cannabis on prescription in The Netherlands. Eur J Clin Pharmacol DOI 10.1007/s00228-013-1503-y
32. King C J, Van Hasselt V B, Segal D L, Hersen M. Diagnosis And Assessment Of Substance Abuse In Older Adults: Current Strategies And Issues Addictive Behaviors. 1994; 19 (1).
33. Gómez S, León T, Macuer M, Alves M, Ruiz S. Uso de benzodiazepinas en adultos mayores en América Latina. Rev. méd. Chile [Internet]. 2017; 145 (3): 351-359.
34. Minaya O., Ugalde O., Fresán A. Uso inapropiado de fármacos de prescripción: dependencia a benzodiazepinas en adultos mayores. Salud Ment. 2009; 32 (5): 405-411. Jacobson Sandra A., Pies Ronald W., Katz Ira R. Clinical manual of geriatric psychopharmacology. 1st ed. American Psychiatric Publishing, 2007. Pag: 403-475
35. Gómez Pavón J., Arran C., Martín Gracyzk A. Tabaco y cáncer en el anciano. Rev Esp Geriatr Gerontol 2001; 36 (1): 12-8.
36. National Center for Responsible Gaming (NCRG). Increasing The Odds, Volume 7. What Clinicians Need to Know About Gambling Disorders. 2012. Disponible en: www.ncrg.org/resources/publications/monographs.
37. Universidad de Santiago de Chile. Facultad de Administración y Economía. Estudio "Conductas de juego y juego patológico". 2015. Disponible en: https://fae.usach.cl/fae/index.php?option=com_content&view=article&id=3352:2015-10-23-19-25-11&catid=13:noticias-f

38. Badrakalimuthu VR, Rumball D, Wagle A. Drug misuse in older people: old problems and new challenges. Advances in psychiatric treatment. 2010; 16: 421-429.
39. Anderson P, Gual A, Colon J. Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Washington, DC: OPS; 2008.
40. Hanson, M, Gutheil, I A. Motivational Strategies with Alcohol-Involved Older Adults: Implications for Social Work Practice. Social Work. 2004; 49 (3).

SECCIÓN III

TRASTORNOS NEUROCOGNITIVOS DEL ADULTO MAYOR

DETERIORO COGNITIVO LEVE EN EL ADULTO MAYOR

Tiare Lorena Quiroz Opazo

RESUMEN

El deterioro cognitivo leve (DCL) es un desafío al diferenciarlo del envejecimiento cerebral normal y la demencia, ya que en algunos casos puede corresponder a una etapa intermedia entre ambas entidades, siendo una condición patológica. No todos los sujetos con DCL van a presentar demencia en un futuro, pudiendo evolucionar a demencia 15-41% al seguimiento al año.

Según los criterios clínicos se define como un defecto cognitivo que refleja un cambio cognitivo en comparación al nivel previo, evidenciando un deterioro en uno o más dominios cognitivos, pero preservando la independencia en las capacidades funcionales (a diferencia de la Demencia). Tiene una prevalencia 3-42%, dependiendo de los criterios utilizados. Se puede clasificar según el perfil cognitivo afectado en único dominio o múltiples dominios, y en caso de verse afectada la memoria se puede clasificar en perfil amnésico o no amnésico al encontrarse preservada la memoria.

El diagnóstico es complejo, requiriendo considerar múltiples variables, además es heterogéneo, ya que múltiples causas pueden originarlo (depresión, déficit de vitaminas, lesiones vasculares, por fármacos, etc.), siendo de utilidad la realización de una valoración geriátrica integral. Existen diversas intervenciones terapéuticas, dividiéndose en tratamiento no farmacológico y farmacológico, además de actuar sobre los factores de riesgos.

INTRODUCCIÓN

El deterioro cognitivo leve (DCL), uno de los síndromes geriátricos del adulto mayor, conlleva un desafío al momento de diferenciarlo del envejecimiento cerebral normal y la

demencia, ya que en algunos casos puede corresponder a una etapa intermedia entre ambas entidades.

El DCL, también es conocido como Trastorno neurocognitivo menor, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-5), es más habitual en la persona mayor (PM), pero no corresponde a una condición normal del envejecimiento, siendo una condición patológica.

Durante este capítulo se abordarán temáticas sobre los cambios esperables en una PM con envejecimiento cerebral cognitivo (ECC) normal, además se entregarán herramientas de cómo sospechar en una PM con deterioro cognitivo leve, cuál es su importancia, su clasificación y, por último, se entregarán recomendaciones sobre el abordaje diagnóstico y terapéutico.

ENVEJECIMIENTO CEREBRAL

El envejecimiento cerebral cognitivo (ECC), es un proceso universal, heterogéneo y continuo, corresponde a cambios que se vinculan directamente de la edad, siendo de carácter lento, en donde se produce una pérdida de la capacidad homeostática. Al ser heterogéneo se ve influenciado por la variabilidad inter e intra-individual ya que depende de la interacción genética, el medio ambiente y factores aleatorios. Desde los 60 años de edad el peso del encéfalo disminuye progresivamente, perdiendo aproximadamente de 2-3 gramos de peso al año, disminuyendo el número de neuronas [4]. Pese a lo descrito, el fenómeno de neuroplasticidad no se pierde en el ECC (posibilidad de incrementar el árbol dendrítico, espinas y contactos sinápticos, probablemente compensando esta disminución de neuronas), pero sí se ve afectado en la PM con DCL.

En el ECC se puede evidenciar:

- Disminución de la velocidad de procesamiento mental (bradifrenia).
- Debilitamiento de la función Inhibitoria, generando diversas manifestaciones (leve dificultad en compresión, o enlentecimiento capacidad lectora al introducir distractores).
- Discreta disminución en la capacidad para recordar nombres de lugares o de personas (por leve dificultad en la recuperación de la información).
- Atención, alerta y vigilia menos eficientes (con dificultar para sostener la concentración durante períodos más prolongados).
- Leve declinación en la memoria de trabajo, funciones ejecutivas y habilidades visuoespaciales.
- Disminución de la inteligencia fluida (ser capaces de generar soluciones integrando información nueva, si siendo capaces de emplear información antigua y soluciones antiguas).

A lo descrito recientemente hay que agregar que las PM además pueden presentan condiciones médicas o geriátricas que pueden afectar el rendimiento cognitivo sin ser

parte del envejecimiento cerebral normal. Por lo anterior es necesario que cada vez que se evalué a una PM se realice una adecuada valoración geriátrica integral (VGI), detectando síndromes geriátricos (déficit visual, auditivo, insomnio, etc.), fármacos potencialmente inapropiados que puedan afectar el rendimiento cognitivo (benzodiacepinas, medicamentos con efectos anticolinérgicos como tricíclicos, Clorfenamina, hipotensión ortostática por fármacos, etc.), evaluar la esfera cognitiva (detección de depresión, delirium reciente), entre otras condiciones. La VGI nos ayuda a mejorar nuestra precisión diagnóstica, además de brindar herramientas para detectar condiciones de riesgo potencialmente modificables y brindar un manejo centrado en la persona mayor.

Importante

El envejecimiento cerebral cognitivo (ECC) se relaciona con el envejecimiento normal de las persona, sin ser una condición de enfermedad, a diferencia del deterioro cognitivo leve.

1. Definición e importancia

El deterioro cognitivo leve (DCL) o "Mild Cognitive Impairment (MCI)", fue introducido el año 1988 por B. Reisberg [23]. Es una entidad heterogénea, consistiendo en una alteración de uno o más dominios de la cognición superior/es a lo esperado en una persona de la misma edad y nivel educativo, sin ser de suficiente intensidad como para establecer el diagnóstico de demencia [4].

Como comentamos recientemente en la PM existe un envejecimiento cerebral cognitivo, pero cuando esta declinación cognitiva es más consistente, demostrable y sin repercusión en la funcionalidad de la persona, estamos frente a una persona con DCL.

La importancia de esta condición radica principalmente en que puede constituir un estado previo a la demencia, si bien no todos los sujetos con DCL van a presentar demencia en un futuro, entre un 15-41% puede evolucionar a demencia en un seguimiento al año, mientras otros estudios evidencian una progresión a demencia anual de un 11% [19].

A lo anteriormente comentado hay que agregar que el DCL puede ser causado por diversas condiciones médicas, sin corresponder exclusivamente a enfermedades degenerativas del cerebro, motivo por el cual si se corrige la causa subyacente está podría mejorar, siendo importante la identificación de subtipos clínicos para poder establecer las diversas orientaciones en cuanto al pronóstico y al tratamiento [7].

Esta condición presenta diversas definiciones, siendo los criterios clínicos [1] los más utilizados en la actualidad (Tabla 1), en donde se documenta la declinación cognitiva por la historia clínica, idealmente corroborada por un informante confiable (persona que conozca a la persona mayor en su desempeño del diario vivir), o por la propia apreciación del clínico. Para obtener un diagnóstico más

certero, se recomienda que se realicen evaluaciones seriadas, realizándole seguimiento a través del tiempo a la PM.

El deterioro en uno o más dominios cognitivos puede ocurrir en una variedad de dominios incluyendo alteraciones de la memoria, atención, lenguaje, funciones ejecutivas y capacidades visuoespaciales. Es importante destacar que el deterioro de la memoria episódica, o DCL amnésico (ejemplo: dificultad para retener nueva información) es más común en personas que posteriormente pueden progresar a Demencia por Enfermedad de Alzheimer. Según si compromete uno o múltiples dominios o dependiendo si se afecta la memoria o no, se puede clasificar en subgrupos como veremos más adelante en clasificación.

Para evaluar si la PM preserva su independencia en sus capacidades funcionales en necesario conocer las actividades del diario vivir que previamente realizaba, volviendo a recalcar la importancia de la valoración geriátrica integral (VGI), en donde no solo se debe conocer el aspecto médico/clínico de la PM, sino que además se debe indagar en su esfera cognitiva/anímica , social (red de apoyo, entrevistar a su acompañante que lo conozca para corroborar información, etc.) y esfera funcional (indagar sobre sus actividades avanzadas, instrumentales y básicas del diario vivir) con la finalidad de evidenciar si ha presentado un cambio en su funcionalidad.

Los criterios clínicos son los siguientes, teniendo que estar presentes los cuatro puntos enunciados a continuación (Tabla 1):

TABLA 1. Criterios clínicos de deterioro cognitivo leve (DCL)

Defecto cognitivo que refleja un cambio cognitivo.	Evidencia de declinación o merma observada en el tiempo en comparación con el nivel previo de la persona, reportado por el propio sujeto, un familiar que conozca bien al paciente o un clínico.
Evidencia objetiva de deterioro en uno o más dominios cognitivos.	Evidencia de un menor rendimiento cognitivo esperado para su edad y nivel educacional, mantenido en el tiempo. Se debe realizar con testeo formal o informal que establezca un nivel de funcionamiento cognitivo en múltiples dominios.
Preservación de la independencia en las capacidades funcionales.	Sin verse afectadas las actividades de la vida diaria, sin requerir ayuda o supervisión de tercera persona, permitiendo que el sujeto realice una vida independiente en la sociedad. El sujeto podría tener un desempeño más lento en tareas complejas, menos eficiente y cometer más errores que antes, pero permanece siendo autovalente.

Ausencia de demencia.	Los cambios enunciados en el punto 1-2-3 no deben significar un deterioro funcional ni social.

Fuente: Albert et al. Alzheimer's Dement. 2011 May; 7(3): 270-279.

CLASIFICACIÓN

Según la evaluación realizada, la persona con DCL puede presentar un perfil en donde se afecte un único dominio (ejemplo: solo se afecta las funciones ejecutivas) o múltiples dominios (ejemplo: se ve afectada las funciones ejecutivas y las capacidades visuoespaciales). A lo anterior hay que agregar que si se ve solo afectada la memoria se habla de DCL perfil amnésico, no así en el grupo de DCL no amnésico en donde la memoria se encuentra preservada.

Es así como el deterioro cognitivo leve se puede clasificar en los siguientes los sub-tipos:

- DCL amnésico: Se afecta exclusivamente la memoria, es el subtipo más estudiado, es el menos frecuente.
- DCL no amnésico: Se afectan otras áreas cognitivas, manteniéndose preservada la memoria. Ejemplo: se afecta la función ejecutiva, área visuoespacial o lenguaje.
- DCL dominio único.
- DCL multidominio.

Como se comentó recientemente esta clasificación al ser capaz de identificar los subtipos, puede establecer orientaciones en cuanto al pronóstico y al tratamiento, como es en el caso de DCL amnésico, subtipo que se asocia con mayor frecuencia a progresar hacia la demencia, principalmente por Enfermedad de Alzheimer. Algo similar ocurre con el DCL multidominio, progresando con mayor frecuencia a Demencia al compararlo con el DCL de dominio único.

Ejemplo de persona mayor con Deterioro cognitivo con Dominio único, amnésico

En el DCL no se ven afectadas las actividades de la vida diaria, sin requerir ayuda o supervisión de tercera persona, permitiendo que el sujeto realice una vida independiente en la sociedad a diferencia de la Demencia, en donde sí se ve afectada la funcionalidad de la persona.

Para obtener un diagnóstico más certero, se recomienda que se realicen evaluaciones seriadas, realizándole seguimiento a través del tiempo de la PM para ir viendo su evolución.

EPIDEMIOLOGÍA

En la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de Chile [12], la prevalencia de deterioro cognitivo fue de un 10,4% en adultos mayores, sin diferencias entre hombres y mujeres, aumentando su prevalencia en el grupo > 80 años (20%). Datos similares fueron obtenidos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez [9], evidenciando una

prevalencia de deterioro cognitivo de 12,1% en mujeres y 10,8% en hombres. Las personas mayores de 75 años y de menor nivel educacional tuvieron mayor riesgo de presentar deterioro cognitivo (14,8% en población con educación básicas o menos y 3,9 % en población con educación superior; 6,5% en PM de 60-74 años en comparación con un 22,5% en PM sobre 75 años).

Dependiendo de los criterios diagnósticos utilizados, la prevalencia de deterioro cognitivo observada en el resto del mundo puede variar entre 3- 42% [31], con una incidencia de 8-58 por 1.000 de personas/año.

FACTORES DE RIESGO

Si bien existen mayores estudios para los factores de riesgo de Demencia, en el DCL se han evidenciado algunos factores de riesgo [4], los cuales se enumeran a continuación:

- Edad: A mayor edad mayor riesgo de DCL [15], siendo un factor de riesgo no modificable.
- Bajo nivel educacional [16].
- Hipertensión arterial (HTA): Presente en un 73,3% de las PM según la Encuesta Nacional de Salud (ENS) del año 2016-2017, es necesario tener un adecuado control de las cifras tensional, evitando además la hipotensión ortostática (baja de cifra tensional al ponerse de pie al primer y tercer minuto, disminuyendo sobre 20 mmHg la Presión sistólica y sobre 10 mmHg la presión diastólica en comparación a la presión arterial al estar sentado de forma inicial), ya que genera hipoperfusión cerebral pudiendo aumentar el deterioro [11].
- Diabetes Mellitus (DM) y resistencia a la insulina: 1 cada 3 PM en Chile presenta esta enfermedad (30,6 %) según la ENS del año 2016-2017, asociándose de un incremento del riesgo de DCL [29], motivo por el cual es necesario el controlar este factor de riesgo cardiovascular.
- Fibrilación auricular: se ha asociado a un peor rendimiento cognitivo [26].
- Depresión: factor de riesgo independiente en el DCL [4].
- Factores sensoriales: Existe una asociación de la función olfatoria [15] y DCL, probablemente al impactar el entorno de la PM, además de reflejar la vulnerabilidad del bulbo olfatorio con ciertas estructuras específicas del cerebro. Diversos estudios relacionan el déficit auditivo [16] con un aumento del riesgo de DCL y Demencia, en especial la presbiacusia sobre 60 DB, ya que al presentar dificultad en la audición, la PM tendría un aumento en su carga cognitiva, disminuyendo su reserva cognitiva, generándose cambios a nivel cerebral y funcional, disminuyendo la actividad social.
- Estilos de vida:
- Sedentarismo: 94% de las PM es sedentario según la ENS 2016-2017. Existen estudios que evidencian una actividad física de moderada intensidad a un menor declive de la cognición [6].

- Consumo de tabaco.
- Ingesta de alcohol en grandes cantidades.
- Fragilidad geriátrica: Síndrome geriátrico que se ha asociado con DCL, en especial la fragilidad física, al evidenciarse una velocidad de la marcha disminuida al caminar [15].
- Presencia del gen Apolipoproteína E (APOE): Gen susceptible para desarrollar demencia, pero la asociación directa con DCL un no ha podido ser demostrada del todo.

En Chile existe el Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM), que incluye una evaluación funcional y una evaluación integral, implementándose acciones para prevenir enfermedades cardiovasculares, mentales, del sistema osteo-articular y hábitos de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Además en el Programa Garantías Explícitas en Salud (GES), se asegura el manejo de ciertas patologías como los problemas visuales refractivos en pacientes mayores de 65 años, pérdida de audición bilateral en pacientes mayores de 60 años, etc.

Por último, en nuestro país, en 2013 se incorpora como parte del programa de gobierno de la Presidente Michelle Bachelet Jeria, el generar un Plan Nacional De Demencia, el cual se está implementando desde el año 2017, involucrando estrategias preventivas para factores de riesgo, factores protectores y terapia física como elemento de prevención y tratamiento de las demencias, entre otras acciones [22].

COMPONENTES DE LA VGI

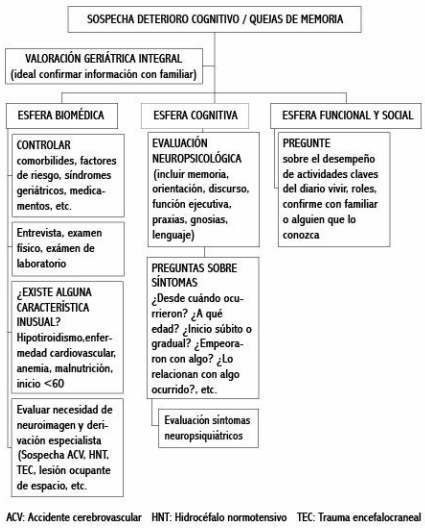
Esfera funcional: enfrentamiento diagnóstico

El diagnóstico de DCL es complejo, según lo comentado recientemente, además es dinámico ya que requiere considerar múltiples variables (no solo una evaluación de la cognición, sino que además de su funcionalidad, entrevistar a un familiar, etc.). Además el diagnóstico es heterogéneo, ya que múltiples causas pueden originarlo (Ejemplo: Depresión, déficit de vitamina B12, Síndrome de apnea obstructiva del sueño, fármacos con efecto anticolinérgico como Clorfenamina, Famotidina, Amitriptilina, etc.).

Por lo anterior, para un adecuado diagnóstico es imprescindible comenzar con la realización de una Valoración Geriátrica Integral (VGI), con la finalidad de conocer a la persona mayor en su globalidad, ser capaz de tener una mejor precisión diagnóstica, brindando herramientas para detectar condiciones de riesgo potencialmente modificables en relación al DCL y brindar un manejo centrado en la persona.

La VGI cuenta con cuatro componentes (social, funcional, biomédico y cognitivo), los cuales puede ser realizados de forma inicial por cualquier profesional de la salud que se capacite en el tema, siendo derivado al profesional correspondiente una vez que se detecten riesgos (Ejemplo: VGI realizada por un(a) enfermero (a), y al detectar cifras tensionales elevadas o factores de riesgo cardiovascular se deriva caso a médico). Los componentes de la VGI se enumeran a continuación: (Figura 1).

FIGURA 1.



Conocer las actividades del diario vivir que la persona previamente realizaba y que realiza en la actualidad, detectando si ha existido un cambio en su funcionalidad por los problemas de memoria. Hay que recordar que en DCL a diferencia de la Demencia la funcionalidad no se ve afectada de forma considerable por las fallas cognitivas, sin requerir ayuda o supervisión de una tercera persona, siendo independiente en la sociedad. (si podría tener un desempeño más lento en tareas complejas, menos eficiente y cometer más errores que antes, pero permanece siendo autovalente).

Hay que indagar en las siguientes actividades:

- Actividades avanzadas de la vida diaria: trabajar, manejar, etc.
- Actividades instrumentales de la vida diaria: desempeño para manejar su dinero, medicamentos, realización de compras, lavar la ropa, cocinar, hacer el aseo de la casa, etc.
- Actividades básicas de la vida diaria: Vestirse, comer, ducharse, controlar esfínter, caminar, ponerse de pie, peinarse, etc.

Existen diversas escalas para medir la funcionalidad como Lawton & Brody para evaluar actividades instrumentales, Índice de Barthel para evaluar actividades básicas. Además existen algunas escalas específicas en DCL que se pueden utilizar como Activities of Dayling Living Prevention Instrument (ADL-PI), Activities of Dayling Living Mild Cognitive Impairment (ADL-MCI) y el test de Mongil [17].

Esfera social

Entrevistar a un familiar que conozca bien a la persona mayor para corroborar la información entregada, confirmando que la declinación observada de las fallas son en el tiempo en comparación con el nivel previo de la persona. Además se debe indagar en la red de apoyo formal e informal, participación social, etc.

Esfera biomédica

Abordaje y control de sus comorbilidades, controlando los factores de riesgo.

Ejemplo

Tratar la hipertensión y diabetes, evitando la hipotensión ortos-tática y la hipoglicemia ya que podrían aumentar las fallas cognitivas.

Prevenir y tratar los síndromes geriátricos (déficit visual, auditivo, malnutrición, fragilidad geriátrica, polifarmacia, delirium, caídas, trastorno del sueño, alteraciones anímicas, incontinencia, úlceras por presión, trastorno de la marcha, etc.).

Ejemplo

Tratar el déficit auditivo y la depresión que pueden afectar el mal rendimiento cognitivo.

Realizar un chequeo de sus medicamentos, haciendo énfasis en evaluar medicamentos que puedan estar afectando su rendimiento cognitivo tras ser fármacos potencialmente inapropiados para la persona mayor. Para saber cuáles son medicamentos potencialmente inapropiados y/o con efecto anticolinérgicos se utilizan diversas clasificaciones, siendo las más utilizadas los Criterios de Beers [3], Criterios STOPP/START.

Ejemplo

El uso de benzodiacepinas como Clonazepam, Alprazolam, Midazolam aumentan el riesgo de deterioro cognitivo, delirium, caídas y fracturas. Clorfenamina, tricíclicos, antipsicóticos, Famotidina, Fluoxetina tienen efecto anticolinérgicos, con riesgo de afectar la cognición.

Indagar y promover estilos de vida saludable (alimentación balanceada, actividad física, participación social, etc.)

Examen físico completo (incluyendo neurológico), incluyendo visión, audición, lenguaje, problemas del sueño, equilibrio, dificultad para sentir o mover una parte de cuerpo, etc. La finalidad es descartar causas secundarias como Parkinsonismo o alucinaciones visuales que pueden estar presentes en Demencia por cuerpo de Lewy o Parkinson, problemas del lenguaje como afasia que hace sospechar lesión cerebral estructural o por algunos tipos de Demencia (afasia primaria progresiva), entre otras condiciones.

Control de exámenes generales de sangre ya que existen condiciones médicas que pueden afectar el mal rendimiento cognitivo, como es el caso de una anemia severa, falla renal o hepática, hipotiroidismo descompensado, etc. Se sugiere controlar exámenes generales: Hemograma, glicemia, perfil bioquímico, hormonas tiroideas (TSH-T4 libre), electrolitos plasmáticos (sodio, potasio, cloro, calcio), perfil bioquímico. Evaluar solicitar niveles de Vitamina B12 o folato, VIH, VDRL, Niveles Vitamina D, entre otros.

Esfera cognitiva

Realizar una completa historia con respecto a las quejas de memoria por las cuales consulta. Ejemplo: desde cuándo, que edad tenía cuando comenzó, si las molestias son graduales o súbitas, si ha afectado su funcionalidad, si su familiar también las ha percibido, en que le ha afectado en su rendimiento, si lo asociado con algo (medicamento nuevo, desde evento estresante, duelo, desde golpe en la cabeza o posterior a infarto cerebral, síntomas empeoran en la noche, etc.), etc. Se deben describir los problemas cognitivos incluyendo la memoria, cambios en la atención, funciones ejecutivas, praxias, gnosias y cambios en el lenguaje [14]. (Tabla 2).

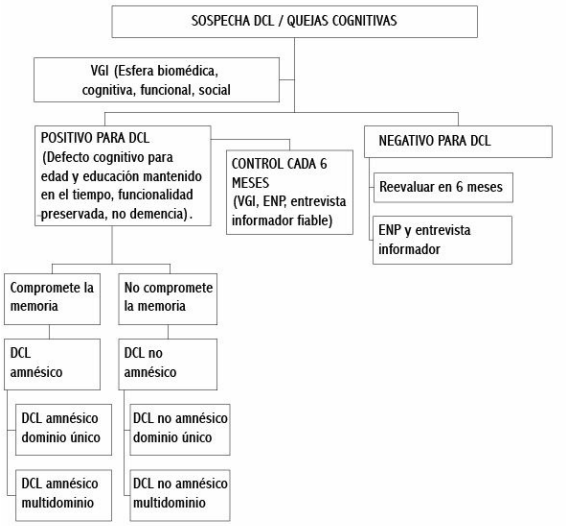
Detectar síntomas neuro-psiquiátricos (depresión, ansiedad, comportamiento, cambio de personalidad, problemas del sueño, etc.), ya se puede ver afectado además el comportamiento emocional hasta en un 60%. Este concepto llamado “Mild Behavioral Impairment (MBI)”, puede incluso anteceder a la demencia. [28]

Para objetivar el rendimiento cognitivo se debe realizar una evaluación cognitiva para poder evaluar los dominios que se afectan a nivel cerebral. Es importante recordar que según el perfil de la evaluación neuropsicoló-gica se puede clasificar en amnésico, no amnésico y dominio único o multidominio. (Figura 2).

TABLA 2. Descripción de problemas cognitivos en deterioro cognitivo leve

Cambios en la memoria	La persona pierde objetos frecuentemente, utiliza notas y/o recordatorios de forma más frecuente que antes, realiza preguntas reiterativas, tiene problemas para recordar citas o fechas, etc.
Cambios en el lenguaje	Dificultad para “encontrar las palabras” al momento de hablar. Ejemplo: olvida el nombre de la cosas.
Cambios en la función visuoespacial	Dificultades para representar, analizar y manipular un objeto de forma mental. Ejemplo: nuevas dificultades para la conducción, incluyendo estar más lento para identificar un peligro en la carretera, más lento para pisar los frenos del auto, etc.
Cambios en la atención/funciones ejecutivas	Se distrae fácilmente, nuevas dificultades para preparar comidas o usando aplicaciones domésticas, nuevas dificultades para escribir un cheques o para preocuparse de la seguridad e un miembro de la familia.

FIGURA 2. Enfrentamiento diagnóstico y clasificación de DCL



Si bien en la actualidad aún no existe consenso sobre cual prueba neuropsicológica utilizar como método de screening, existen diversas escalas utilizadas para evaluar el rendimiento cognitivo [14], destacando:

- Mini-mental State Examination (MMSE): test validado en Chile, poca sensibilidad para DCL en comparación a MoCA [30].
- Montreal Cognitive Assessment (Test de MoCA): útil para la detección de DCL de diversas etiologías, evaluando la atención, recuerdo libre, función ejecutiva, cálculo, capacidad visuoespacial, orientación y lenguaje. Validado en Chile, ajustándose según escolaridad, con punto de corte menor a 21 puntos, agregándose 2 puntos si la escolaridad es < 8 años y agregándose 1 punto si la escolaridad es entre 8-12 años. [10]
- Test de las fotos o Fototest: consta de una tarea de denominación, una de fluidez verbal, recuerdo libre y facilitado de seis fotografías, apto para personas iletradas.
- T@M (Test de Alteración de la memoria).
- Test del reloj: evalúa capacidad visuoespacial y funciones ejecutivas.
- Mini-Cog: une una prueba de aprendizaje de tres palabras evaluando la memoria episódica y el test del reloj, siendo poco sensible para detección de DCL. [8]
- MIS (Memory Impairment Screen): evalúa aprendizaje verbal a través de lectura y posteriormente el recuerdo libre y facilitado de cuatro palabras.
- Addenbrooke's Cognitive Examination - Revised (ACE-R): validada en Chile, similar a minimental pero se agregan elementos frontales/ejecutivos y visuoespaciales.
- Ascertain Dementia -8 (AD-8): Cuestionario para el informante de 8 preguntas, validación versión Chilena. [20]

- Cuestionario para el informante, IQCODE (informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly).
- Test de los siete minutos: Se ajusta según edad y escolaridad.

La elección de estos instrumentos se debe realizar según las características del paciente, la experiencia de la persona que realizará las pruebas y además dependerá del tiempo que se disponga para poder realizarlas. Estas pruebas cognitivas son capaces de objetivar el déficit cognitivo, precisando las áreas afectadas a nivel cerebral, además de brindar una herramienta útil para evaluar en el tiempo el rendimiento cognitivo (objetivando si se deteriora, mejora o se mantiene sin cambios en relación a la evaluación previa). Hay que recordar que son de utilidad en el screening, sin ser sinónimo de diagnóstico, ya que para el diagnóstico de certeza se debe realizar una aproximación escalonada según lo comentado recientemente con los componentes de la VGI y según los criterios clínicos de diagnóstico de DCL.

Una vez objetivado el DCL, tras realizar la VGI en el adulto mayor, se debe realizar controles cada seis meses para actualizar la VGI, realizar seguimiento en el tiempo con una nueva evaluación neuropsicológica y volver a entrevistar a un informador fiable. Si bien las neuroimágenes no son absolutamente necesarias para el diagnóstico, nos entregar información para determinar daños estructurales del encéfalo, descartando otras patologías que pueden debutar con síntomas de deterioro cognitivo (hemorragias, hidrocefalia normotensiva, tumores cerebrales, traumáticas, vasculares, etc.).

Esta última década además se pueden realizar estudios con biomarcadores, a través de neuroimágenes o fluidos corporales (sangre o líquido cefalorraquídeo/LCR), pudiendo establecer la causa subyacente de DCL, y además, en algunos casos podrían ser de utilidad para determinar la probabilidad de progresión de un individuo con DCL hacia demencia [24], como es el caso de la enfermedad de Alzheimer (EA), detectando precozmente cambios biológicos, funcionales o estructurales propios de la enfermedad.

Se pueden utilizar biomarcadores para reflejar de forma directa enfermedad, como es el caso del depósito de proteínas beta amiloide baja en LCR (ya que se encuentra depositada en el cerebro) y proteína Tau elevada (por muerte neuronal), con consecuente aumento del riesgo de progresión de DCL a Enfermedad de Alzheimer (EA) .Otra utilidad de los biomarcadores es el evidenciar daño neuro-degenerativo (ejemplo: Resonancia cerebral puede evidenciar atrofia cerebral en lugares como el hipocampo, córtex entorrinal, entre otras zonas en el caso de DCL con progresión EA o como en el en el caso del PET con Fluordeoxiglucosa (PET-FDG) que evalúa el metabolismo de la glucosa y de la función sináptica a nivel del cerebro, siendo una buen predictor de progresión de DCL al encontrarse disminuido en ciertas estructuras cerebrales como el caso de la corteza temporo-parietal). Una última utilidad de los biomarcadores es el asociarse con procesos de muerte neuronal o inflamación (Ejemplo: El marcador de actividad de astrocitos llamado YKL-40 se puede encontrar elevado en el LCR de personas con EA inicial). [5]

En la actualidad no se recomienda de rutina biomarcadores en la práctica clínica para el diagnóstico de DCL, incluso en Demencia, reservándose para investigación y para estudios clínicos con medicamentos.

ENFRENTAMIENTO TERAPÉUTICO

Existen diversas intervenciones terapéuticas en las personas con DCL, dividiéndose en el tratamiento no farmacológico y farmacológico específico, además de actuar sobre los factores de riesgos ya comentados recientemente. [4]

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Existen diversas intervenciones que podrían ser capaces de brindar un beneficio en las personas con DCL, en especial si es un tratamiento centrado en la persona (tratamiento integral, que se oriente según su biografía, sus intereses, respetando su autonomía, potenciando sus habilidades, considerando a la persona y a su entorno como entidades activas). Se debe establecer un programa grupal o individual, dependiendo del caso. Algunos tipos de intervenciones son:

- Estimulación cognitiva: basado evocación, relación y procesamiento.
- Entrenamiento cognitivo: aprendizaje o refuerzo operaciones específicas.
- Rehabilitación cognitiva: para mantener o recuperar.
- Reminiscencia: se elabora a partir de experiencias del pasado.
- Arteterapia.
- Músicoterapia.
- Apoyo y psicoterapia.
- Intervenciones sensoriales.
- Ejercicio físico: aeróbico, contra-resistencia, Taichí/Yoga.
- Orientación a la realidad: toma conciencia situación en tiempo, espacio y persona.
- Nuevas tecnologías: programas de estimulación. Ej: Gradior, Smart Brain.
- Otros: intervención nutracéutica, favorecer participación social, Magnetoterapia transcraneal, etc.

Un estudio clínico publicado Noviembre del 2017 [25] comparó los efectos cognitivos y de movilidad de 945 PM con DCL Japoneses, luego de un programa de 40 semanas combinando actividad física y cognitiva durante 90 minutos semanales. El grupo con actividad física y cognitiva presentó un mayor rendimiento cognitivo versus el grupo control (Diferencia Mini-Mental State Examination 0.8 puntos, P = .012; Wechsler Memory Scale-Revised-Logical Memory II 1 punto, p = .004), además de una mejor movilidad y menor atrofia por resonancia cerebral en lóbulo temporal medial izquierdo

en las personas con DCL amnésico (Diferencia Z-score: 31.3, P < .05). Según recientes meta-análisis las intervenciones multi-componentes serían más efectivas que cada intervención por si sola. [13, 27]

Otra intervención no farmacológica es la intervención nutracéutica, una dieta mediterránea, privilegiando aceite de oliva, alimentos ricos en omega 3 han demostrado una disminución de la velocidad en la progresión del declive cognitivo en los adultos mayores [18], aunque aún la evidencia no es categórica.

Importante

Las intervenciones deben ser centradas en la persona con DCL, considerando a la persona y a su entorno como entidades activas (no alguien pasivo que no puede opinar), respetando sus intereses, su autonomía, potenciando sus habilidades, etc. con la finalidad que la intervención acordada tenga un real significado para el (ella). Ejemplo: actividad física 3 veces a la semana.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Como ya se ha comentado, el DCL es una entidad clínica heterogénea no solo en su etiología (puede ser causada por múltiples causas), sino que además puede ir acompañada de variada sintomatología (Ejemplo: una persona con DCL además puede presentar síntomas neuropsiquiátricos como sintomatología depresiva y trastorno del sueño). Por lo anterior es que el tratamiento debe ser guiado por lo detectado en la VGI realizada de forma inicial, con la finalidad de brindar un tratamiento centrado y adaptado a la persona.

Uno de los pilares fundamentales en el tratamiento es el control de factores de riesgos, en especial los cardio-cerebrovasculares (Figura 3). Estudios clínicos con intervenciones multidominio controlando los factores de riesgo (dieta, ejercicio, entrenamiento cognitivo y control de factores de riesgo vascular), han demostrado una reducción del deterioro cognitivo, como es el caso del estudio FINGER (Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability), incluyendo a 1200 adultos mayores entre 60-77 años de edad. [21]

Además existe un tratamiento farmacológico específico, el cual se encuentra en constante revisión según guías y meta-análisis:

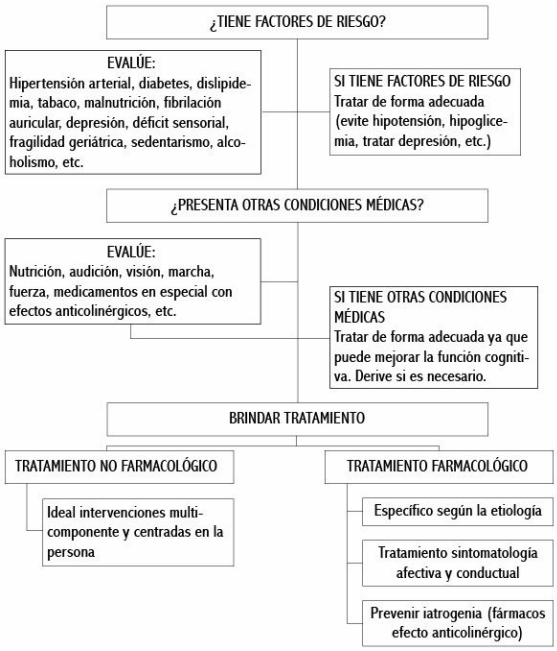
- Tratamiento farmacológico según la etiología: tratar la depresión, déficit de vitamina B12, SAHOS, etc.
- Antidemenciantes: Se han estudiado los anticolinesterásicos (Donepecilo, Rivastigmina, Galantamina) y Memantina en DCL en diversos estudios clínicos, sin haber suficiente evidencia como para recomendarlos en DCL.
- EGB 761®: extracto estandarizado de Gingko Biloba, induciría una neuroprotección a nivel cerebral. Publicaciones muestran mejorías en la conducta, en la ansiedad y en funciones ejecutivas, siendo aprobado su uso en personas con

DCL por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios desde el año 2016 con una dosis recomendada 240 mg/día, alejado de las comidas.

- Citicolina: En revisiones se ha demostrado un efecto positivo en la memoria y en la conducta, al menos a corto y medio plazo personas con DCL vascular y demencia vascular. Además en estudios clínicos post evento vascular cerebral se ha evidenciado mejoría en la cognición y calidad de vida [2]. En esta población podría estar recomendado.
- Vitaminas y suplementos dietéticos: En tratamiento no farmacológico se comentó la utilidad de omega 3. Además existe un suplemento (Fortasyn Connect®), combinando ácidos grasos omega-3, uridina, colina, ácidos grasos, vitaminas C, E, B6 y B12, selenio y ácido fólico, mejorando en personas con Demencia leve por Alzheimer la memoria verbal (no su funcionalidad y la cognición global).

A continuación se resume el enfrentamiento terapéutico (Figura 3).

FIGURA 3. Enfrentamiento terapéutico de DCL



CONCLUSIÓN

El deterioro cognitivo leve puede corresponder a una etapa intermedia entre el envejecimiento cerebral normal y la demencia, siendo útil para su sospecha los criterios clínicos, reflejándose un cambio cognitivo en comparación al nivel previo, evidenciando un deterioro en uno o más dominios cognitivos, pero preservando la independencia en las capacidades funcionales (a diferencia de la Demencia). Su clasificación varia según el perfil cognitivo afectado (único dominio o múltiples dominios), o si compromete la

memoria o no (perfil amnésico o no amnésico). Para el diagnóstico se sugiere utilizar la valoración geriátrica integral y considerar múltiples variables, ya que puede deberse a varias condiciones (lesiones vasculares, secundaria a medicamentos, déficit de vitaminas, infecciones, etc.). Dentro del enfrentamiento terapéutico se deben controlar los factores de riesgo, asociado al tratamiento no farmacológico y farmacológico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Albert MS, DeKosky ST, Dickson D, Dubois B, Feldman HH, Fox NC, et al. The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. Alzheimers Dement. 2011; 7: 270-9.
2. Álvarez-Sabín J, Santamarina E, Maisterra O, Jacas C, Molina C, Quintana M. Long-Term Treatment with Citicoline Prevents Cognitive Decline and Predicts a Better Quality of Life after a First Ischemic Stroke. Int J Mol Sci. 2016; 17 (3): 390.
3. American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel. Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. J Am Geriatr Soc. 2015; 63 (11): 2227-46.
4. Arriola Manchola E, Carnero Pardo C, Freire A, López Mongil R, López Trigo J A, Manzano Palomo S, Olazarán Rodríguez J. Deterioro Cognitivo Leve en el adulto mayor, Documento De Consenso. Sociedad Española De Geriatría Y Gerontología; 2017. 1-32.
5. Baldacci F. et al. Diagnostic function of the neuroinflammatory biomarker YKL-40 in Alzheimer's disease and other neurodegenerative diseases. Expert Rev Proteomics. 2017; 14 (4): 285-299.
6. Blondell JS, Hammersley-Mather R, Veerman JL. Does physical activity prevent cognitive decline and dementia? A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. BMC Public Health. 2014; 14: 510.
7. Canevelli M, Grande G, Lacorte G, Quarchioni E, Cesari M, Mariani G, Bruno C,Vanacore N. Spontaneous Reversion of Mild Cognitive Impairment to Normal Cognition: A Systematic Review of Literature and Meta-Analysis. J Am Med Dir Assoc. 2016; 17(10): 943-948.
8. Carnero-Pardo C, Cruz-Orduna I, Espejo-Martínez B, Martos Aparicio C, López-Alcalde S, Olazarán J. Utility of the Mini-Cog for detection of cognitive impairment in primary care: Data from two Spanish studies. Int J Alzheimers Dis. 2013; 2013: 285462.
9. Chile y sus Mayores 2013. Resultados Tercera Encuesta Nacional Calidad de Vida en la Vejez 2013. Programa Adulto Mayor UC, Centro de Geriatría y Gerontología UC, Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). Caja Los Andes. Disponible en: http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Resultados-Tercera-Encuesta-Nacional-Calidad-de-Vida-en-la-Vejez-2013.pdf
10. Delgado C, et al. Validación del instrumento Montreal Cognitive Assessment en español en adultos mayores de 60 años. Neurología. 2017. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2017.01.013.
11. Elmsta S, Widerstrom E. Orthostatic intolerance predicts mild cognitive impairment: incidence of mild cognitive impairment and dementia from the Swedish general population cohort Good Aging. Clin Intervent Aging. 2014; 9: 1993-2002.
12. Encuesta Nacional de Salud (ENS) Chile 2009-2010. Ministerio de Salud. Disponible en: http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf.
13. Karssemeijer EGAE, Aaronson JAJ, et al. Positive effects of combined cognitive and physical exercise training on cognitive function in older adults with mild cognitive impairment or dementia: A meta-analysis. Ageing Res Rev. 2017 Sep 11. S1568-1637 (17) 30114-9. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.arr.2017.09.003.
14. Langa K, Levine D. The Diagnosis and Management of Mild Cognitive Impairment: A Clinical Review. JAMA. 2014 December 17; 312(23): 2551–2561. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1001/jama.2014.13806.
15. Lipnicki D, Crawford J.et al. Risk Factors for Mild Cognitive Impairment, Dementia and Mortality: The Sydney Memory and Ageing Study. JAMDA, May 2017.18(5)388–395. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2016.10.014.

16. Livingston G, Sommerladet A, et al. Dementia prevention, intervention, and care. The Lancet. 2017; 390: 10113: 2673-2734. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31363-6.
17. López Mongil R. Deterioro cognitivo/demencia: valoración y seguimiento. Aspectos funcionales. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2017; 52 (Supl. 1): 27-32.
18. Masana MF, Koyanagi A, Haro JM., Tyrovolas S. N-3 Fatty acids, Mediterranean diet and cognitive function in normal aging: A systematic review. Exp Gerontol. 2017; 91: 39-50.
19. Mitchell AJ, Shire-Feshki M. Temporal trends in the long term risk of progression of mild cognitive impairment: a pooled analysis. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2008; 79: 1386-91.
20. Muñoz C, et al. Utilidad de un cuestionario breve dirigido al informante para el diagnóstico temprano de casos de demencia: La versión chilena del AD8 (AD8-Ch). Rev Med Chile 2010; 138: 1063-1065.
21. Ngandu T, Lehtisalo J, Solomon A, Levälahti E, Ahtiluoto S, Antikainen R, et al. A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. Lancet. 2015; 385: 2255-63.
22. Plan Nacional de Demencia 2017. MINSAL. Gobierno de Chile. Disponible en: http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/PLAN-DE-DEMENCIA.pdf
23. Reisberg B, Ferris SH, De León MJ, Kluger A, Franssen E, Borenstein J, et al. The stage specific temporal course of Alzheimer's disease: functional and behavioral concomitants based upon cross-sectional and longitudinal observation. Prog Clin Biol Res. 1989; 317: 23-41.
24. Ritchie C, Smailagic N, et al. CSF tau and the CSF tau/ABeta ratio for the diagnosis of Alzheimer's disease dementia and other dementias in people with mild cognitive impairment (MCI). Cochrane Database Syst Rev. 2017 22; 3: CD010803.
25. Shimada H, Hyuma Makizako H, et al. Effects of Combined Physical and Cognitive Exercises on Cognition and Mobility in Patients With Mild Cognitive Impairment: A Randomized Clinical Trial. J Am Med Dir Assoc. 2017 Nov 16. pii: S1525-8610(17)30542-X. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2017.09.019.
26. Singh-Manoux A, Fayosse A, Sabia S, Canonico M, Bobak M, Elbaz A, et al. Atrial fibrillation as a risk factor for cognitive decline and dementia. Eur Heart J. 2017 Sep 7; 38 (34): 2612-8.
27. Song D, Yu DSF, Li PWC, Lei Y. The effectiveness of physical exercise on cognitive and psychological outcomes in individuals with mild cognitive impairment: A systematic review and meta-analysis. Int J Nurs Stud. 2018 Jan 4; 79: 155-164. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.01.002.
28. Taragano FE, Allegri RF, Krupitzki H, Sarasola DR, Serrano CM, Lon L, et al. Mild behavioral impairment and risk of dementia: a prospective cohort study of 358 patients. J Clin Psychiatry. 2009; 70: 584-92.
29. Tim TE, Lee DH, Kim YJ, Mok JO, Kim ChL, Park JH, et al The relationship between cognitive performance and insulin resistance in non- diabetic patients with mild cognitive impairment. Int J Geriatr Psychiatry. 2015; 30: 551-7.
30. Tsoi K, Chan J, Hirai H, et al. Recall Tests Are Effective to Detect Mild Cognitive Impairment: A Systematic Review and Meta-analysis of 108 Diagnostic Studies. J Am Med Dir Assoc. 2017;18 (9): 807.e17–807.e29. Disponible en: DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2017.05.016.
31. Ward A, Arrighi HM, Michels S, et al. Mild cognitive impairment: disparity of incidence and prevalence estimates. Alzheimers Dement. 2012; 8: 14-21.

DEMENCIA TIPO ALZHEIMER

Tomás Ignacio León Rodríguez

RESUMEN

La enfermedad de Alzheimer (EA) es la principal causa de demencia en adultos mayores, independiente de género, origen étnico y nivel socioeconómico. Su prevalecia ha ido en aumento en los últimos años, previéndose que se mantenga en alza, aumentando aún más el impacto sanitario a nivel de años de vida saludable perdidos. A pesar de que su etiopatogenia sigue sin estar definida completamente, se han podido identificar factores de riesgo, relacionados a estilos de vida no saludable. Se han estudiado factores de riesgo genéticos, en relación principalmente a la hipótesis amioloidea, que explicarían solo un bajo porcentaje de los casos. El tratamiento farmacológico actual ha mostrado ser eficiente en enlentecer, mas no retroceder, el proceso neurodegenerativo. Dada la pobre respuesta farmacológica el tratamiento no farmacológico, centrado en el apoyo al paciente y sus cuidadores es fundamental, encontrándose utilidad de intervenciones específicas. Nuevos tratamientos farmacológicos y no farmacológicos se encuentran actualmente en estudio, buscando un mejor manejo e idealmente retroceso del cuadro. Este capítulo intentará hacer un recorrido por las distintas fases de esta enfermedad.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Alzheimer (EA) es la causa principal de la demencia, independiente del género, el origen étnico y el nivel socioeconómico. Es también uno de los grandes desafíos médicos y de salud pública para el siglo XXI. Tanto la Organización Mundial de Salud (OMS) como en el grupo de países G8 han declarado que el tratamiento de la demencia debería ser una prioridad global, y su ambición de que una cura o una terapia modificadora de la enfermedad esté disponible para el año 2025 [1-3].

Los costos asociados al Alzheimer han generado grandes dificultades a nivel de la salud pública tanto a nivel nacional como mundial. Estudios nacionales recientes, han mostrado que la mayor parte de este gasto no ocurre por costos directos de la persona con demencia, si no que corresponden a costos indirectos, tanto por el cuidado formal que requieren como por los días no trabajados, y por los daños en la salud mental de los cuidadores informales [1, 4].

Con respecto a su patogenia, inicialmente se hizo énfasis en la presencia de amiloide β (Aβ) y tau, los principales componentes de placas y ovillos y su efecto neurológico, en especial en la actividad acetilcolinesterácica, lo que dio pie a las primeras (y aún únicas) medidas farmacológicas demostradas. Sin embargo, actualmente se sabe que esta es una hipótesis, al menos, incompleta. El modelo explicativo actual de la enfermedad de Alzheimer incluye fenómenos mucho más complejos, en el que los procesos inflamatorios y la microglía cerebral tienen un rol fundamental, así como fenómenos oxidativos, de inicio varias décadas previas a las manifestaciones sintomáticas, que producirían deterioro en la estructura neuronal.

En la actualidad existen múltiples técnicas para obtener imágenes, medir procesos cerebrales y analizar datos masivos (incluidos datos genéticos y genómicos), los que han generado esperanzadores resultados y avances en el proceso de comprensión diagnóstica y desarrollo de tratamientos, que si bien al día de hoy se mantienen en un campo teórico y de investigación clínica serán probablemente los pilares del conocimiento y manejo del Alzheimer en los años venideros.

EPIDEMIOLOGÍA

Se estima que 40 millones de personas, en su mayoría mayores de 60 años, tienen demencia a nivel mundial, y se proyecta que esta cifra se duplicará cada 20 años hasta al menos 2050. El aumento de la expectativa de vida ha permitido que la expresión de enfermedades crónicas no transmisibles y otras que aumentan su riesgo con la edad, como la EA, aumenten progresivamente su prevalencia. Los aumentos proyectados en la prevalencia de la demencia son proporcionalmente mucho más altos para los países en desarrollo con poblaciones jóvenes que para Europa occidental y los EE. UU., cuya población es más anciana. Las estimaciones confiables de la prevalencia de la demencia de inicio temprano y la enfermedad de Alzheimer (antes de los 65 años) son escasas. La prevalencia de demencia antes de los 50 años es inferior a 1 por 4000, y aproximadamente el 30% de los casos se atribuye a la enfermedad de Alzheimer [5].

En Chile se estima que viven unos doscientos mil pacientes con demencia, siendo la mayoría de ellos portadores de enfermedad de Alzheimer. Se ha visto un aumento en la lista de enfermedades con mayor compromiso en pérdida de años de vida saludables (AVISA) de un 200% en los últimos 20 años, siendo actualmente la decimo séptima causa a nivel nacional. Se proyecta que para el año 2050, en el contexto del

envejecimiento poblacional, la demencia siga avanzando y alcance el puesto número diez [4].

Factores de riesgo y evolución

La enfermedad de Alzheimer se desarrolla durante un período preclínico de varias décadas, lo que ha dificultado que los factores de riesgo evaluados al final de la vida o poco antes del inicio de los síntomas clínicos puedan ser interpretados claramente como una relación causal, o como cambios patológicos dentro de la misma enfermedad.

Estudios que incluyeron jóvenes y adultos, permitieron evaluar las relaciones entre los factores de riesgo de vida temprana o de mediana edad, y el deterioro cognitivo y riesgo de demencia más adelante en la vida. Los resultados de la mayoría de los estudios confirmaron una relación entre el estado de salud vascular y el riesgo de deterioro cognitivo y demencia posterior. [2, 6]

Existe creciente evidencia que identifica muchos otros factores relacionados con el estilo de vida, incluyendo diabetes, obesidad, inactividad física y mental, depresión, tabaquismo, bajo nivel educativo y dieta, los que jugarían un papel en el desarrollo de la demencia. A su vez, el potencial de prevención primaria relacionada con dichos factores de riesgo modificables es enorme, pero aún por explorar.

Sobre la base del estudio de Rotterdam se ha modelado que la eliminación de los siete factores de riesgo modificables más importantes llevaría a una reducción del 30% en la incidencia de demencia [2].

PREDISPOSICIÓN GENÉTICA

La presencia de la lipoproteína APOE4, es el principal factor de riesgo genético para la enfermedad de Alzheimer. El riesgo de desarrollar EA es más del 50% para los homocigotos APOE4 y del 20 a 30% para los heterocigotos APOE3 y APOE4, en comparación con el 11% para los hombres y el 14% para las mujeres en general.

La presencia de APOE4 tiene varios efectos sobre la enfermedad de Alzheimer: Interfiere con el metabolismo de Aβ del cerebro, provoca la degeneración de los vasos sanguíneos, filtración de la barrera hematoencefálica y la neurodegeneración independiente de Aβ.

Otros genes que otorgan mayor riesgo para la aparición de EA, son el gen de APP y presenilina 1 y 2 (PSEN1 yPSEN2). APP es el precursor de los péptidos Aβ, y las mutaciones de APP afectan a la escisión y agregación de Aβ. PSEN1 y PSEN2 proporcionan la subunidad catalítica a las secretasas γ que escinden APP. Recientemente los estudios de asociación de todo el genoma se han utilizado para identificar más de 20 loci genéticos asociados con el riesgo de la enfermedad de Alzheimer. Los genes identificados recientemente apuntan a vías implicadas en el sistema inmune y respuestas inflamatorias, colesterol y metabolismo lipídico, y reciclaje de vesículas endosómicas.

Estos polimorfismos son frecuentes en la población, pero contribuyen poco al riesgo individual de enfermedad [7].

También se ha estudiado la participación de genes asociados a la actividad microglial y el riesgo de EA, siendo las mejor validadas son las mutaciones en TREM2, un receptor de microglia involucrado en la eliminación de Aβ, y TYROBP como regulador clave en la actividad inmune cerebral [7, 8].

FISIOPATOLOGÍA

Los últimos 30 años de investigación sobre la enfermedad de Alzheimer han producido evidencia sustancial de que la acumulación de proteínas Aβ y tau anormalmente plegadas en placas amiloides y ovillos neuronales, se relacionan causalmente con procesos neurodegenerativos en el cerebro de los pacientes. Sin embargo, los estudios observacionales y patológicos han generado evidencia abrumadora de la complejidad y multicausalidad de la demencia. Lo anterior ha ido alejando a la comunidad científica de la simple suposición de causalidad lineal tal como se propuso en la hipótesis original de amiloide.

La evidencia más fuerte de Aβ y tau como causante proviene de estudios de la enfermedad de Alzheimer familiar: los casos con mutaciones en APP, PSEN1 o PSEN2. En estos pacientes se piensa que Aβ formado sería más largo y de más difícil clivaje, lo que actuaría como desencadenante, o incluso como conductor, del proceso de la enfermedad. Si bien tau también se ha asociado a la fisiopatología de la enfermedad de Alzheimer, mutaciones en el gen tau causan neurodegeneración y cuadros de demencia frontotemporal sin placas amiloides, lo que mostraría la posibilidad de taupatias independientes de la EA. Aunque en la hipótesis de amiloide se pensaba que las alteraciones patológicas de tau eran eventos posteriores de la deposición de Aβ, es igualmente plausible que tau y Aβ actúen en vías paralelas que causan la enfermedad de Alzheimer generando mayor neurotoxicidad al potenciarse de forma cruzada [8, 9].

El primer paso de escisión en la generación de Aβ está mediado por la β-secretasa BACE1 que se expresa altamente en las neuronas y escinde muchos sustratos fisiológicamente importantes. La inhibición de BACE1 induce el procesamiento alternativo de APP y la generación de péptidos sinápticamente activos que son diferentes de Aβ. Debido a esto los inhibidores de β secretasa están siendo probados en ensayos clínicos con éxitos parciales. Los inhibidores de las γ secretasas que están implicados en el segundo paso de escisión, no tuvieron éxito en los ensayos clínicos debido a los efectos secundarios. Sin embargo, en el futuro, su actividad podría ser modulada por compuestos llamados moduladores de γ-secretasa, de modo que se generarían versiones más cortas y menos tóxicas de Aβ. Dichos moduladores, administrados en combinación con un inhibidor de la β-secretasa, podrían ser particularmente eficaces [10].

DIAGNÓSTICO

CLÍNICA

Con el advenimiento del nuevo manual diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales en su quinta versión (DSM-V) surge el deterioro cognitivo mayor, concepto que deriva de la modificación de la categoría de demencia. El motivo de este cambio, apunta a la lucha en contra del estigma propio de la patología mental y que cargaba en la palabra demencia, usualmente utilizado para referirse no solo a los procesos neurodegenerativos, sino que también a los síntomas psicóticos, a los desajustes conductuales y otros múltiples usos en el lenguaje coloquial y los medios de comunicación.

En el caso de la enfermedad de Alzheimer lo más frecuente es una falla inicialmente de memoria episódica, con pobre recuperación y que evoluciona progresivamente hacia la pérdida de todas las otras funciones cognitivas, hasta llegar a la conocida triada de agnosia, afasia y amnesia en estados tardíos. Sin embargo, y como veremos a continuación, la EA puede manifestarse con múltiples signos y síntomas y es misión del clínico su diagnóstico en las etapas más tempranas posibles para procurar un adecuado manejo del paciente, sus familias y cuidadores.

SIGNOS Y SÍNTOMAS CLÍNICOS.

El diagnóstico clínico de cualquier síndrome de demencia depende del historial del paciente, la información dada por sus acompañantes, las pruebas neuropsicológicas y la evaluación de los síntomas con tiempo. La evaluación transversal, si bien orientadora, no es usualmente suficiente para un diagnóstico correcto y completo, sin olvidar el impacto que pudiese generar en el paciente y sus familiares el anuncio diagnóstico.

Se reconoce una etapa larga de pre-demencia o EA pre-clínica, encontrándose lesiones propias de EA varias décadas previo a la aparición de síntomas. Esta etapa es conocida también como “riesgo de EA“ según criterios IWG

Posteriormente, en la medida que avanza la enfermedad y se encuentran fallas cognitivas menores, que no impactan en el funcionamiento diario, se califica al paciente con un deterioro cognitivo leve. El deterioro cognitivo leve se reconoce como la enfermedad de Alzheimer prodrómica en los criterios de IWG y en los criterios de NIA-AA cuando está respaldado por biomarcadores que sugieren la presencia de amiloide y neurodegeneración.

La utilidad principal de buscar biomarcadores, es poder clarificar la etiopatogenia de la falla cognitiva, así como predecir el riesgo de evolución a demencia. Sin embargo, se mantienen principalmente a nivel de investigación y su uso en clínica aún no es recomendado.

Una vez que las fallas cognitivas afectan el funcionamiento del paciente de forma significativa aparece el diagnóstico de demencia o deterioro cognitivo mayor. Si bien inicialmente se consideraba patognomónica la falla de memoria episódica como síntoma cardinal, actualmente se reconocen las presentaciones atípicas, por lo que en los criterios del IWG la presencia de deterioro de la memoria ya no es necesaria para el diagnóstico siempre que haya evidencia disponible de biomarcadores.

En 1984 se proponen los primeros criterios para el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer los que se centraron únicamente en los síntomas clínicos. El estado de la ciencia en ese momento, no permitía la medición de los cambios patológicos a nivel neuronal por lo que la enfermedad podía diagnosticarse definitivamente solo después de la muerte. Posteriormente, con el descubrimiento de biomarcadores del líquido cefalorraquídeo (LCR) y PET amiloide, varios grupos de trabajo, entre los que se destaca el IWG y el NIA -AA, han propuesto nuevos criterios de la EA que se resumen en la Tabla 1 [3, 9, 11].

TABLA 1

Criterios NIA-AA	Criterios IWG	Criterios DSM V
EA Preclinica A. Amiliodosis cerebral asintomática (ACA) B. ACA + evidencia de daño neuronal (DN) C. ACA + DN + deterioro cognitivo sutil	Asintomático con riesgo de EA • Cognición normal con biomarcador positivo. EA presintomático • Cognición normal con mutación autosómica dominante.	No existe diagnóstico pre clínico.
DCL por EA A. DCL por EA altamente probable B. DCL por EA moderadamente probable C. DCL por EA levemente probable D. DCL por EA muy poco probable	EA prodrómica A. Biomarcadores de amioidosis y de daño neuronal positivos B. Biomarcadores de amioidosis positivo y de daño neuronal no evaluado C. Biomarcadores de amioidosis y de daño neuronal no evaluados D. Biomarcadores de amioidosis positivo y de daño neuronal negativo E. Alteración en memoria episodica o presentación atípica de EA junto con un biomarados (ya sea de LCR o neuroimagen)	Deterioro cognoscitivo Menor A. Evidencia de un declive cognitivo modesto desde un nivel previo de mayor desempeño en uno o más de uno de los dominios cognitivos referidos: B. Preocupación del individuo, de un tercero informado o del facultativo con respecto a un declive modesto en las funciones cognitivas C. Declive en el desempeño neuropsicológico, implicando un desempeño en los tests del rango de una a dos desviaciones estándares por debajo de lo esperado en la evaluación neuropsicológica reglada o ante una evaluación clínica equivalente B. Los déficits cognitivos son insuficientes para interferir con la pudiendo ser preciso esforzarse más, utilizar estrategias compensatorias o hacer una acomodación para mantener la independencia
Demencia por EA A. Posible: Curso atípico o con etiología	Demencia EA Alteración en memoria episódica o clínica	Deterioro Cognoscitivo mayor A. Evidencia de un declive cognitivo sustancial desde un nivel previo de mayor desempeño en uno o más de los dominios cognitivos referidos:

mixta B. Posible con evidencia de proceso fisiopatológico de EA: Curso atípico con bioomarcadores presentes C. Probable con un nivel de certeza incrementado: Deterioro clínico documentado o gen autosómico dominante (+) D. Probable con evidencia de proceso fisiopatológico de EA: clinica compatible con biomarcadores y neurodegeneración presente E. Fisiopatológicamente probada: Clínica compatible +estudio neuropatológico compatible	atípica de EA con alteración en funcionamiento diario y al menos UNO de los siguientes A. Cambios en LCR (baja AB y proteína tau alta) B. Imagen amioidea anormal C. Atrofia temporal medial en RNM D. Hipometabolismo bilateral parietal en FDG-PET E. Portador de mutación en PS1, PS2 y APP	B. Preocupación del individuo, de un tercero informado o del facultativo con respecto a un declive sustancial en las funciones cognitivas C. Declive en el desempeño neuropsicológico, implicando un desempeño en los tests del rango de dos o más desviaciones estándares por debajo de lo esperado en la evaluación neuropsicológica reglada o ante una evaluación clínica equivalente D. Los déficits cognitivos son suficientes para interferir con la independencia (por ejemplo, requieren asistencia para las actividades instrumentales de la vida diaria, tareas complejas como manejo de medicación o dinero)

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es principalmente realizado al existir fallas en las funciones cognitivas impactando la funcionalidad diaria, inicialmente afectando actividades instrumentales y avanzadas de la vida cotidiana pudiendo llegar a comprometer las actividades básicas lo que genera dependencia de familia y cuidadores.

Para apoyar el el diagnóstico clínico, se utilizan algunos métodos de tamizaje, siendo la principal herramienta las pruebas neuropsicológicas estandarizadas, tales como el Minimental de Fosltein (MMSE) y la escala cognitiva de Montreal (MOCA), las cuales entregan puntos de corte tanto para la presencia o ausencia de demencia, como para los grados de severidad de esta.

Si bien en la mayoría de los estudios la escala de mayor uso es el MMSE, la escala MOCA ha ido ganando popularidad principalmente por su mayor sensibilidad en pacientes con DCL, así como su mejor capacidad de encontrar alteraciones en funciones ejecutivas. En Chile existen estudios que han validado su uso en población ambulatoria, encontrando puntos de corte ajustados para esta clínica. Se describió un puntaje igual o mayor a 26 puntos como normal, con puntaje de corte menor de 21 como sugerente de DCL y menor a 20 como orientador de Demencia con sensibilidad y especificidad de 75% y 82% para DCL amnésico y 90% y 86% para demencia leve. En este estudio el nivel educacional tuvo un gran impacto, por lo que se otorgaban 2 puntos para pacientes con menos de ocho años de escolaridad y 1 para pacientes con escolaridad de ocho a doce años [12].

SÍNTOMAS CLÍNICOS SEGÚN ETAPAS

A. Pre-demencia: En esta etapa por definición no se presentan síntomas, ni cognitivos ni neuropsiquiátricos. Su diagnóstico es dado por la presencia de biomarcadores que conocidamente suponen riesgo para el desarrollo de EA.

B. Deterioro cognitivo leve (DCL): En esta etapa existen fallas cognitivas menores, pero detectables, tanto por los pacientes, sus familiares y mediante evaluaciones neurocognitivas, ya sean de tamizaje o de confirmación. Se trata de olvidos menores en la medida que no afectan la funcionalidad del paciente, pero pueden ser suficientemente severos para producir; ánimo bajo, angustia y frustración en el paciente y su entorno. Los olvidos suelen ser de memoria episódica, olvidando situaciones vividas recientemente, el lugar dónde se dejaron las cosas, el nombre de objetos y personas, etc. Destaca que estos olvidos tienden a recuperar pobremente con claves o pistas, lo que suele ser útil para diferenciarlo de fallas cognitivas subcorticales o asociadas a cuadros psiquiátricos.

C. Deterioro cognitivo mayor etapa leve: Las fallas de memoria episódica aumentan hasta afectar la funcionalidad. Se mantiene el mismo "tipo" de olvido, pero aumentando su intensidad y frecuencia. Igualmente son olvidos principalmente episódicos que no mejoran con pistas. Pueden verse también fallas en funcionalidad ejecutiva que son secundarias, y de menor intensidad, a las fallas de memoria.

Los cambios conductuales pueden no ser los síntomas iniciales, pero es muy frecuente encontrar cambios de personalidad, irritabilidad, ansiedad y depresión. Estos síntomas son especialmente frecuentes ante la frustración por las fallas de memoria episódica y dificultades en funcionalidad. Estos cambios pueden ser incluso el motivo de consulta de pacientes y familiares en casos en los cuales el deterioro cognitivo no ha sido percibido.

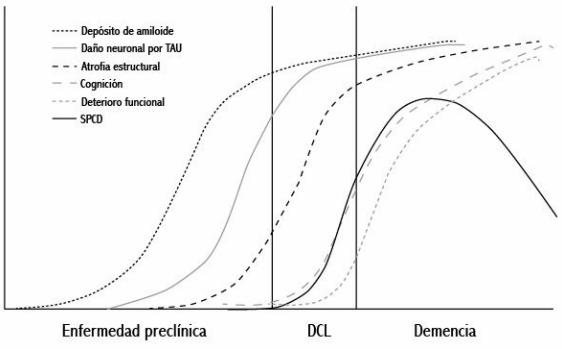
D. Deterioro cognitivo mayor etapa moderada: Se produce un aumento aún mayor de los síntomas antes descritos. Es posible, además, encontrar también delirios, usualmente de contenido paranoide y persecutorio, que suelen incluir temas de robos, abandono o infidelidad. Se ha descrito el síndrome de Capgras que refiere a un delirio de sustitución del cuidador. Es también frecuente la creencia que alguien extraño se encuentra en casa. Los delirios suelen acompañarse de irritabilidad y conductas violentas.

E. Deterioro cognitivo mayor etapa severa: Las fallas de memoria y funcionalidad van aumentando con el tiempo pudiendo aparecer incluso en la conversación habitual. Aumentan las conductas agresivas, agitación, disforia, ansiedad y apatía; lo que genera gran impacto y desgaste en los cuidadores. A medida que avanza la enfermedad pueden aparecer alucinaciones visuales y/o auditivas, siendo más extrañas las alucinaciones táctiles. Si se encuentran alucinaciones visuales en etapas tempranas de la enfermedad debe sospecharse otra causa de demencia (por ejemplo, enfermedad por cuerpos de Lewy) [13].

Al examen físico se suele no encontrar marcados cambios sino hasta el final, donde pueden aparecer apraxia asimétrica de extremidades, alteraciones posturales y en marcha o parkinsonismo. En etapas aún más avanzadas puede generarse postración y contracturas en flexión, con aparición de reflejos primitivos.

Un resumen de la evolución de biomarcadores, cognición y funcionalidad, tanto pre-clínicas y clínicas se puede encontrar en la Figura 1.

FIGURA 1



Fuente: adaptado de Lopez-Alvarez 2015

PRESENTACIONES ATÍPICAS

Si bien la mayoría de las EA se presentan de las formas antes descritas, es conocido que existen variantes de la EA. Las presentaciones atípicas son más frecuentes en las EA de inicio temprano.

A. Atrofia Cortical Posterior (ACP): La ACP presenta déficits visuales, tanto en percepción como en reconocimiento de objetos mucho tiempo antes (incluso años) de la aparición de fallas en memoria episódica. Suelen presentar también visión doble de objetos. Si bien las neuroimágenes muestran un patrón de depósito de amiliode difuso, símil a otras ED, estudios de FDG-PET muestran hipo metabolismo principalmente en regiones parieto-occipitales.

B. Afasia progresiva primaria tipo Logopénica: Las afasias progresivas pueden ser causadas tanto por cuadros de la esfera de las demencias fronto-temporales como de EA. Existen tres principales tipos de afasias progresivas: la gramatical (o no fluente) causada por Tau, la Semántica (o Fluente) causada por TDP-43 y la Logopénica (semi fluente) causada por depósito de amiliode. La clínica del tipo Logopénica será de una falla progresiva del lenguaje, junto con aparición posterior de fallas cognitivas. El lenguaje será semifluente, con múltiples parafraseas y dificultad para encontrar palabras precisas, lo que generará pausas y "búsquedas" durante el discurso. Existe falla en el lenguaje expresivo mucho antes de las fallas en compresión, pero eventualmente ambas funciones se verán afectadas. Las neuroimágenes muestran una hipoperfusión asimétrica con mayor falla en regiones temporo-parietal izquierda. El uso de PET de amiolide puede ayudar a diferenciar entre los orígenes de las afasias,

sin embargo, el diagnóstico sigue siendo clínico e integrando toda la información disponible.

COMPLEMENTO DIAGNÓSTICO

Si bien el diagnóstico de EA sigue siendo hasta el día de hoy principalmente clínico, diversos métodos de estudio, tanto bioquímicos como de neuroimágenes han ido tomando un puesto en el proceso diagnóstico, tanto para el descarte de causas secundarias de deterioro cognitivo, como para establecer con mayor certeza el riesgo de EA y/o el pronóstico de esta. Se han estudiado tanto biomarcadores en LCR (líquido cefaloraquídeo) como en sangre, así como diversas técnicas de neuroimágenes.

Biomarcadores "clásicos" en LCR

Los biomarcadores más usados para EA analizables en LCR son Aß42, que sería un reflejo de la cantidad de amiloide a nivel cortical; tau total (t-tau), que refleja la intensidad de la neurodegeneración; y tau fosforilada (p-tau), que se correlaciona con cambios patológicos neurofibrilares. Estos biomarcadores básicos del LCR tienen una alta precisión diagnóstica, con sensibilidad y especificidad del 85-90%, para identificar la enfermedad de Alzheimer prodrómica en la etapa de deterioro cognitivo leve. Los biomarcadores de LCR pueden ayudar ya que tienen un valor predictivo negativo especialmente bueno; es decir, las concentraciones saludables de los tres biomarcadores en un paciente con alteraciones leves de la memoria casi excluyen la enfermedad de Alzheimer [3, 9, 14, 15].

Nuevos biomarcadores de CSF

La investigación de diferentes biomarcadores se encuentra en diferentes etapas de desarrollo. Uno de los más estudiados es el oligómero Aβ, que se cree que es una forma tóxica de Aβ que causa disfunción sináptica y se encontraría aumentado en pacientes con EA. Sin embargo, rara vez se detectan en CSF.

Nuevas técnicas ultrasensibles buscan ser clínicamente útiles para la detección de oligómeros de Aβ. Otros candidatos novedosos son los biomarcadores sinápticos, como la proteína dendrítica neurogranina que participa en la potenciación a largo plazo y la consolidación de la memoria. Concentraciones elevadas de neurogranina en LCR predice la progresión a la enfermedad de Alzheimer en pacientes con deterioro cognitivo leve y se correlaciona con un rápido deterioro cognitivo durante el seguimiento clínico [15].

Biomarcadores en sangre

Dado que la sangre es más accesible que el LCR, se han realizado múltiples esfuerzos para encontrar marcadores sensibles y específicos, tanto de riesgo como de estado en EA. En muchos estudios, se han usado combinaciones de proteínas, lípidos, metabolitos u otras moléculas para discriminar a los pacientes con enfermedad de Alzheimer de

controles sanos. Lamentablemente los resultados de estos paneles a menudo no se replican en cohortes clínicas independientes [16].

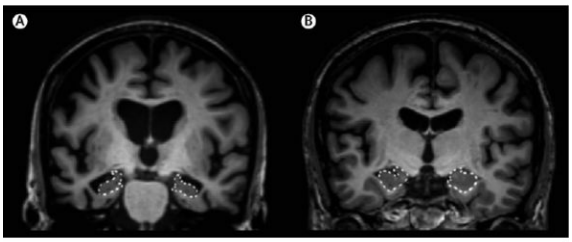
Otro enfoque es medir proteínas específicas del Sistema Nerviosos Central, como tau, mediante técnicas ultrasensibles, lo que podría proporcionar la sensibilidad analítica necesaria para ayudar en el diagnóstico.

IMÁGENES

ESTRUCTURALES

Como parte del proceso diagnóstico se recomienda que, al menos una vez en cada paciente con deterioro cognitivo, se realice una neuroimagen estructural (escaner o Resonancia Nuclear Magnética), para descartar causas intracraneales como meningioma o hematoma subdural. Junto a esto se ha demostrado que una atrofia temporal medial puede proporcionar información diagnóstica sobre la presencia de EA. Si bien usualmente se ha usado la estimación visual del tamaño de los hipocampos, la volumetría del hipocampo podría ser más precisa. Imagen 1.

IMAGEN 1



Paciente con EA en imagen A comparado con paciente sano en imagen B Adaptado de Terpei 2015

Para los pacientes con enfermedad de Alzheimer atípica, como la atrofia cortical posterior, la apreciación de la atrofia en la región parietal es de suma importancia.

Además, la imagen por resonancia nuclear magnética sigue siendo la modalidad de elección para la evaluación de cambios vasculares como hiperintensidades de la sustancia blanca, lacunas y microhemorragias [17].

FUNCIONALES

En pacientes con dificultad diagnóstica, tanto por la clínica como por la edad de inicio, se han usado técnicas de neuroimágenes funcionales para ayudar el acercameinto diagnóstico.

PET

El PET en su versión clásica, mide la captación de glucosa de las neuronas y las células gliales y es sensible a disfunción sináptica. Se trata de un estudio con alta sensibilidad, por lo que una PET normal excluye virtualmente el diagnóstico de enfermedad neurodegenerativa. Una exploración positiva, por el contrario, sugiere enfermedad de Alzheimer si el patrón es temporo-parietal y cingulado posterior, y demencia frontotemporal si el patrón es anterior o asimétrico, o ambos.

Recientemente se ha investigado el uso de PET con otros marcadores, relacionados al proceso fisiopatológico de la EA. El marcador de imagen más innovador para la enfermedad de Alzheimer que se usa clínicamente es la PET con ligandos para Aβ. Estos ligandos tienen una precisión muy alta para la amiloidosis cortical, sin embargo, debido a que la amiloidosis cerebral es una condición necesaria, pero no suficiente para el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer, el valor diagnóstico de la PET amiloide es más excluyente (es decir, un valor predictivo negativo alto) que incluyente (es decir, tiene un valor predictivo positivo moderado). Es improbable que un paciente con deterioro cognitivo y PET amiloide negativo padezca la enfermedad de Alzheimer, mientras que hasta el 35% de las personas cognitivamente sanas mayores de 60 años tienen una PET positiva con amiloide [9].

Junto a esto se han desarrollado ligandos fluorados para tau que han demostrado una topografía de unión que se correlaciona bien con el síndrome clínico en la enfermedad de Alzheimer y muestran una mejor correlación con hipometabolismo y atrofia que la PET de amiloide, pero su utilidad para el diagnóstico clínico aún no se ha confirmado.

TRATAMIENTO

A pesar de la nutrida investigación en EA aún no se cuenta con terapias, ya sean farmacológicos o no farmacológicas, que logren producir un cambio significativo en la evolución de EA. A continuación veremos los distintos manejos de la enfermedad.

NO FARMACOLÓGICO

En la actualidad el pilar fundamental del tratamiento para la enfermedad de Alzheimer es la atención de apoyo a la familia y otros cuidadores. Los pacientes con demencia tienen una mejor calidad de vida en un entorno hogareño predecible que satisfaga sus necesidades diarias. Los cuidadores familiares necesitan ayuda para aprender a manejar la naturaleza progresiva de la enfermedad, y orientación sobre cómo movilizar los recursos necesarios para mantener a su ser querido a la vez que se preserva su propio bienestar.

Existen múltiples terapias no farmacológicas que se han evaluado para el tratamiento de síntomas tanto cognitivos como conductuales en demencia.

En lo relativo a los síntomas cognitivos, si bien han existido múltiples intervenciones protocolizadas, tanto a nivel individual como grupal han fallado en demostrar de manera

consistente un beneficio en mejorar las funciones cognitivas. Solo aquellas intervenciones protocolizadas que incluyen actividad física habrían mostrado leve mejoría en dichas funciones. Sin embargo, recientemente el manejo individualizado ha mostrado mayor efectividad en estudios multicéntricos pudiendo disminuir la carga del cuidador, retrasar la intitucionalización y retrasar la pérdida de autonomía [18].

Con respecto a los síntomas neuropsicológicos asociados a demencia, un metaanálisis reciente que incluía estudios de intervenciones basadas en funcionalidad, músicoterapia, aromaterapia, intervenciones centradas en la díada paciente-cuidador, estimulación cognitiva, terapia psicológica de reminiscencia y ejercicio físico, mostró que solo la musicoterapia y las intervenciones centradas en recuperar la funcionalidad tenían un efecto superior a placebo [19]. La músicoterapia corresponde a intervenciones individuales o grupales con un terapeuta o moderador que ocupa la música para lograr tranquilidad y disminución de estados psicológicos angustiosos o molestos, facilitando la tranquilidad y disminuyendo las conductas agresivas. Es posible, además, entrenar a los cuidadores en el uso de esta técnica. La terapia centrada en las intervenciones funcionales es frecuentemente utilizada por los terapeutas ocupacionales, quienes hacen intervenciones individualizadas para potenciar la mantención de la funcionalidad, adaptando tanto el entorno como la conducta del cuidador y de la persona con demencia para identificar las causas, necesidades no satisfechas, consecuencias de los trastornos conductuales y ayudar en el cambio progresivo del patrón conductual.

FARMACOLÓGICO

Síntomas cognitivos:

Las estrategias farmacológicas se usan principalmente buscando enlentecer el avance de la neurodegeneración. Se han aprobado cuatro fármacos para el tratamiento en la fase de demencia: los inhibidores de la colinesterasa donepezil, rivastigmina y galantamina, y el antagonista del glutamato memantina.

Anticolinesterácicos

Los inhibidores de la acetilcolinesterasa tienden a estabilizar el rendimiento cognitivo y el funcionamiento diario durante el primer año de tratamiento. Luego sigue el declive, pero el tratamiento continuo puede producir algunos beneficios. Todos los inhibidores de colinesterasa han mostrado similar efectividad y el uso de uno u otro debe decidirse según la tolerancia de efectos secundarios. Los efectos secundarios más comunes son náuseas, vómitos y diarrea, siendo más frecuentes en la instalación del fármaco y disminuyendo si se realiza una instalación lenta.

Dentro de este grupo encontramos:

- Donepezilo: Inhibidor selectivo y reversible de colinesterasa. Tendría efectividad en evitar el declive clínico en demencias leves a moderadas, así como en el tratamiento de síntomas conductuales en demencias desde leves a severas.

- Galantamina: Inhibe colinestesa al mismo tiempo que estimula la actividad de Ach en receptores colinérgicos. Evitaría el declive y tendría efecto conductual en pacientes con EA leve a moderada.
- Rivastigmina: se une pseudoirreversiblemente a la acetincolinesterasa y a la butilcolinesterasa. Tendría efecto en evitar el declive cognitivo y mejorar las actividades de la vida diaria en pacientes con EA leve a moderada. Es el único de los inhibidores de acetilcolinesterasa disponible en formato parche, lo que suele mejorar su tolerabilidad.

Antiglutamatérgicos

La memantina es el único medicamento de esta familia, y regula la actividad del receptor NMDA de glutamato. Podría proporcionar algún beneficio para los pacientes con demencia de moderada a grave, ya sea como monoterapia o en combinación con un inhibidor de la colinesterasa . Sin embargo, el reciente estudio randomizado DOMINO AD mostró que, si bien donepezilo y memantina eran útiles en EA moderada a severa, la combinación mostraba solo una mejoría no estadísticamente significativa [20].

En la Tabla 2 se resumen las dosis de los fármacos antes mencionados, indicación y efectos secundarios posibles.

TABLA 2

Medicamento	Dosis Efectiva	Mecanismo de acción	Indicación	Efectos secundarios
Donepezilo	5 - 10 mg/dia EA leve a moderada 10 - 23 mg/dia EA moderada a Severa	iACE	EA leve a moderada EA moderada a severa	Nauseas Vómitos Diarrea
Galantamina	8 - 12mg c 12 hrs 16-24mg/día (en dosis ER)	iACE y modulador nicotínico	EA leve a moderada	Nauseas Vómitos Diarrea Anorexia
Rivastigmina	3 - 6mg c/12 hrs	iACE e iBCE	EA leve a modeada Enf. Parkinson	Nauseas Vómitos Diarrea Extrapiramidalismo Prurito con parche
Memantina	5 - 20mg/dia	Antagonista NMDA	EA moderada a Severa	Mareos

Otros tratamientos para síntomas cognitivos

Se están llevando a cabo varios ensayos importantes que investigan cómo retrasar el inicio del declive cognitivo en individuos con alto riesgo de enfermedad de Alzheimer

Los investigadores se han centrado en los enfoques anti amiloide, intentando inhibir la producción o aumentar el metabolismo de AB con medicamentos inhibidores de la γ-secretasa y la β-secretasa y los fármacos antiagregantes. Lamentablemente no se han encontrado resultados positivos consistentes y aplicables en la clínica en ninguno de estos ensayos de fase 3. Se ha sugerido que estos fármacos podrían ser especialmente

útiles en etapas prodrómicas de la enfermedad, sin embargo, esto no se ha comprobado de manera consistente [10].

Otro enfoque ha sido el de de la inmunización contra el B amiliode, tanto de manera activa (con antígenos) como pasiva (con anticuerpos) que no han mostrado efectividad en estudios fase 3. En la misma línea, estudios epidemiológicos han mostrado que pacientes que han recibido inmunogoblobulina humana tienen un menor riesgo de demencia, pero no se ha podido replicar estos resultados en estudios de intervención

Recientemente se han iniciado estudios con fármacos dirigidos en contra del desarrollo de ovillos neurofibrilares de tau, tanto con anticuerpos como con inhibidores de la hiperfosforilación de los microtúbulos, los que aún no presentan resultados positivos.

Dentro de las otras aproximaciones actualmente en estudio se encuentran:

- El antagonista selectivo 5-HT6 idalopirdina
- La insulina intranasal
- La estimulación cerebral profunda
- El alimento médico Axona 135, una formulación de aceite de coco fraccionado (caprylictrigyceride) que se cree mejora el suministro de energía al cerebro,
- La formulación nutricional Souvenaid, una combinación de 11 vitaminas y suplementos.

Todos estos tratamientos están aún en fase experimental y no existe suficiente evidencia para incluirlos en las guías clínicas de manejo.

Tratamiento de los síntomas neuropsiquiatricos:

Aunque a menudo se prescriben fármacos para el manejo de síntomas conductuales y psicológicos de la demencia, actualmente no existen fármacos aprobados para el manejo de estos síntomas.

La familia de fármacos más usados son los antipsicóticos, principalmente risperidona, quetiapina y olanzapina, todos en dosis bajas. Un reciente comunicado de APA en 2017 señaló que, si bien el uso de estos fármacos debía ser evitado en pacientes mayores, especialmente por los riesgos cardiovasculares y de caídas, si fuese necesario su uso debía ser en dosis bajas e intentando retirar luego de 10-14 días [21].

Luego de los antipsicóticos, el grupo de fármacos más usados en EA son los antidepresivos, a pesar de que revisiones narrativas recientes han puesto en duda la utilidad de estos en pacientes con demencia, tanto para el manejo de síntomas conductuales como anímicos .En el reciente estudio CitAD dosis altas de citalopram, un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina, redujeron los síntomas de agitación en una prueba controlada, pero también se asociaron con una disminución promedio de 1 punto en el Mini-Mental State Examination [22].

CONCLUSIONES

La EA sigue siendo la primera causa a nivel mundial de demencia y una importante razón a nivel nacional y global de discapacidad, años de vida útil perdidos y gastos directos e indirectos. El conocimiento de su fisiopatología ha ido evolucionando desde la teoría amioloide lineal hasta configurar un fenómeno complejo en el que participan además factores inflamatorios, regulatorios y del metabolismo. Su diagnóstico sigue siendo clínico, pero avances en investigación han permitido entregar mayor información diagnóstica, sobretodo en pacientes de cuadros poco claros. Múltiples avances en biomarcadores y neuroimágenes buscan convertirse en marcadores de estado y de riesgo para el desarrollo de la EA.

La investigación de Alzheimer está progresando rápidamente. Los avances en ciencia básica y diagnóstico molecular han proporcionado posibilidades sin precedentes para el desarrollo de fármacos. Después de la declaración del G8, no hay tiempo que perder tratando de proporcionar un futuro mejor para los pacientes del mañana, aunque mejorar la atención y la ayuda para los pacientes de hoy en día siempre debe seguir siendo una prioridad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Custodio N, Wheelock A, Thumala D, Slachevsky A. Dementia in Latin America: Epidemiological Evidence and Implications for Public Policy. Frontiers in aging neuroscience. 2017; 9: 221.
2. de Bruijn RF, Bos MJ, Portegies ML, Hofman A, Franco OH, Koudstaal PJ, et al. The potential for prevention of dementia across two decades: the prospective, population-based Rotterdam Study. BMC medicine. 2015; 13: 132.
3. Dubois B, Feldman HH, Jacova C, Hampel H, Molinuevo JL, Blennow K, et al. Advancing research diagnostic criteria for Alzheimer's disease: the IWG-2 criteria. The Lancet Neurology. 2014; 13 (6): 614-29.
4. Hojman DA, Duarte F, Ruiz-Tagle J, Budnich M, Delgado C, Slachevsky A. The cost of dementia in an unequal country: The case of Chile. PloS one. 2017; 12 (3): e0172204.
5. Lambert MA, Bickel H, Prince M, Fratiglioni L, Von Strauss E, Frydecka D, et al. Estimating the burden of early onset dementia; systematic review of disease prevalence. European journal of neurology. 2014; 21 (4): 563-9.
6. Mayer F, Di Pucchio A, Lacorte E, Bacigalupo I, Marzolini F, Ferrante G, et al. An Estimate of Attributable Cases of Alzheimer Disease and Vascular Dementia due to Modifiable Risk Factors: The Impact of Primary Prevention in Europe and in Italy. Dementia and geriatric cognitive disorders extra. 2018; 8 (1): 60-71.
7. Karch CM, Goate AM. Alzheimer's disease risk genes and mechanisms of disease pathogenesis. Biological psychiatry. 2015; 77 (1): 43-51.
8. Wojsiat J, Zoltowska KM, Laskowska-Kaszub K, Wojda U. Oxidant/Antioxidant Imbalance in Alzheimer's Disease: Therapeutic and Diagnostic Prospects. Oxidative medicine and cellular longevity. 2018;2018:6435861.
9. Jack CR, Jr., Bennett DA, Blennow K, Carrillo MC, Dunn B, Haeberlein SB, et al. NIA-AA Research Framework: Toward a biological definition of Alzheimer's disease. Alzheimer's & dementia : the journal of the Alzheimer's Association. 2018; 14 (4): 535-62.
10. Stromberg K, Eketjall S, Georgievska B, Tunblad K, Eliason K, Olsson F, et al. Combining an amyloid-beta (Abeta) cleaving enzyme inhibitor with a gamma-secretase modulator results in an additive reduction of Abeta production. The FEBS journal. 2015; 282 (1): 65-73.
11. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5.

12. Delgado C AAB. Validation of the Spanish-language version of the Montreal Cognitive Assessment test in adults older than 60 years. Neurologia. 2017 (17): S0213-4853.
13. Lai L, Lee PE, Chan P, Fok MC, Hsiung GR, Sepehry AA. Prevalence of delusions in drug-naive Alzheimer disease patients: A meta-analysis. International journal of geriatric psychiatry. 2017.
14. Duits FH, Prins ND, Lemstra AW, Pijnenburg YA, Bouwman FH, Teunissen CE, et al. Diagnostic impact of CSF biomarkers for Alzheimer's disease in a tertiary memory clinic. Alzheimer's & dementia : the journal of the Alzheimer's Association. 2015; 11 (5): 523-32.
15. O'Bryant SE, Gupta V, Henriksen K, Edwards M, Jeromin A, Lista S, et al. Guidelines for the standardization of preanalytic variables for blood-based biomarker studies in Alzheimer's disease research. Alzheimer's & dementia : the journal of the Alzheimer's Association. 2015; 11 (5): 549-60.
16. Visser PJ, Verhey F, Knol DL, Scheltens P, Wahlund LO, Freund-Levi Y, et al. Prevalence and prognostic value of CSF markers of Alzheimer's disease pathology in patients with subjective cognitive impairment or mild cognitive impairment in the DESCRIPA study: a prospective cohort study. The Lancet Neurology. 2009; 8 (7): 619-27.
17. Frisoni GB, Bocchetta M, Chetelat G, Rabinovici GD, de Leon MJ, Kaye J, et al. Imaging markers for Alzheimer disease: which vs how. Neurology. 2013; 81 (5): 487-500.
18. Amieva H, Robert PH, Grandoulier AS, Meillon C, De Rotrou J, Andrieu S, et al. Group and individual cognitive therapies in Alzheimer's disease: the ETNA3 randomized trial. Int Psychogeriatr. 2016; 28 (5): 707-17.
19. Dyer SM, Harrison SL, Laver K, Whitehead C, Crotty M. An overview of systematic reviews of pharmacological and non-pharmacological interventions for the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia. Int Psychogeriatr. 2018; 30 (3): 295-309.
20. Knapp M, King D, Romeo R, Adams J, Baldwin A, Ballard C, et al. Cost-effectiveness of donepezil and memantine in moderate to severe Alzheimer's disease (the DOMINO-AD trial). International journal of geriatric psychiatry. 2017;32(12):1205-16.
21. Reus VI, Fochtmann LJ, Eyler AE, Hilty DM, Horvitz-Lennon M, Jibson MD, et al. The American Psychiatric Association Practice Guideline on the Use of Antipsychotics to Treat Agitation or Psychosis in Patients With Dementia. Am J Psychiatry. 2016; 173 (5): 543-6.
22. Leonpacher AK, Peters ME, Drye LT, Makino KM, Newell JA, Devanand DP, et al. Effects of Citalopram on Neuropsychiatric Symptoms in Alzheimer's Dementia: Evidence From the CitAD Study. Am J Psychiatry. 2016; 173 (5):473-80.

DELIRIUM EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR

Roberto Sánchez González
Luis Pintor Pérez

RESUMEN

El *delirium* es un síndrome neuropsiquiátrico de especial relevancia en el paciente adulto mayor, tanto por su prevalencia como por sus implicaciones clínicas. Diversos estudios han demostrado que el *delirium* se asocia a un incremento de la morbilidad y la mortalidad, produciendo una prolongación de las estancias hospitalarias y un mayor deterioro funcional. A pesar de su elevada incidencia entre los pacientes longevos hospitalizados, es un síndrome frecuentemente infradiagnosticado. Típicamente, la etiología del *delirium* es multifactorial y, de hecho, su desarrollo implica una compleja interrelación entre la vulnerabilidad del paciente y la exposición a factores desencadenantes A nivel sintomático, se caracteriza por cinco dominios de síntomas nucleares: alteraciones cognitivas, déficit atencional, desregulación del ritmo circadiano, desregulación emocional y manifestaciones psicomotoras. A lo largo de los últimos años se han desarrollado diversas hipótesis para intentar explicar su génesis. La prevención del *delirium* es la estrategia más efectiva para reducir tanto su frecuencia como sus complicaciones y, una vez instaurado, se deben aplicar una serie de medidas terapéuticas para minimizar su impacto. En el presente capítulo se exponen las características clínicas de este síndrome, los principales factores de riesgo causales y mecanismos fisiopatológicos implicados, así como los procedimientos más estandarizados para su prevención y manejo clínico.

INTRODUCCIÓN

El *delirium* o síndrome confusional es uno de los trastornos cognitivos más importantes en el paciente adulto mayor y, en especial, entre la población geriátrica, tanto por su prevalencia como por su pronóstico clínico. Puede ser la forma clínica de presentación

de patologías graves, aparecer durante el transcurso de las mismas o estar asociado al tratamiento farmacológico utilizado [1]. El desarrollo del *delirium* habitualmente viene precedido por una cascada de eventos que culminan en una pérdida de autonomía, un aumento del riesgo de morbilidad y mortalidad, una notable prolongación de las estancias hospitalarias y un incremento global del gasto sanitario [2]. No obstante, es un cuadro potencialmente tratable, por lo que es de vital importancia identificar las causas que lo pueden producir.

DEFINICIÓN, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

El *delirium* es el síndrome neuropsiquiátrico más frecuente al que deben enfrentarse los médicos que tratan a pacientes adultos mayores o enfermos en estado crítico. Es un trastorno agudo o subagudo, que generalmente se desarrolla en el plazo de horas o de unos días, produciendo un cambio con respecto al funcionamiento cognitivo basal del paciente, y que se caracteriza por alteraciones tanto en la atención y en la conciencia como en otros múltiples aspectos del funcionamiento cognitivo [3, 4]. A pesar de que clásicamente el *delirium* se ha descrito como un cuadro de inicio súbito, con una evolución breve y fluctuante y que mejora rápidamente si se identifica y elimina la causa desencadenante, todas estas características pueden variar dependiendo de la influencia de múltiples factores.

El diagnóstico de *delirium* es fundamentalmente clínico y se basa en una observación cuidadosa de sus características clave. A pesar de su elevada incidencia entre los pacientes longevos hospitalizados, es un síndrome frecuentemente infradiagnosticado tanto por los médicos como por el personal de enfermería, debido a varias razones: su naturaleza fluctuante, el frecuente solapamiento con la demencia, la falta de evaluaciones cognitivas formales o la subestimación de su importancia y de las consecuencias clínicas asociadas [2]. El fenómeno del *delirium* se caracteriza por cinco dominios de síntomas nucleares (ver Figura 1): alteraciones cognitivas, déficit atencional, desregulación del ritmo circadiano, desregulación emocional y manifestaciones psicomotoras. El dominio de desregulación psicomotora es el que va a conferir las distintas presentaciones fenotípicas del *delirium*, entre las cuales se distinguen un mínimo de cinco tipos: hipoactivo, “catatónico”, hiperactivo, “excitado” y mixto. No obstante, los individuos con *delirium* pueden alternar rápidamente entre estados de hiperactividad y de hipoactividad. El subtipo hiperactivo suele ser más común y reconocerse con más frecuencia, y a menudo se asocia con efectos secundarios de la medicación y con la abstinencia de sustancias. Entre los enfermos en edad geriátrica, el subtipo hipoactivo es el más frecuente (65%), en comparación con el subtipo hiperactivo (25%) o mixto (10%) [5].

FIGURA 1. Dominios nucleares y principales manifestaciones

clínicas del *delirium*.

Alteraciones cognitivas

Distorsiones en la percepción, alteración de la comprensión, memoria y pensamiento abstracto, disfunción ejecutiva y desorientación.

Déficit atencional

Alteraciones del nivel de conciencia y reducción de la capacidad para dirigir, focalizar, mantener y cambiar la atención.

Desregulación del ritmo circadiano

Fragmentación de ciclo sueño-vigilia.

Desregulación emocional

Perplejidad, miedo, ansiedad, irritabilidad, cólera.

Alteraciones psicomotoras

Confieren las diferentes presentaciones fenotípicas de *delirium*: hipoactivo, hiperactivo o mixto.

En cuanto a los criterios diagnósticos, la denominación de *delirium* apareció en el DSM-IV-TR [6] como un intento de aunar bajo una misma etiqueta diagnóstica los múltiples términos existentes hasta el momento (estado confusional agudo, fallo cerebral agudo, encefalopatía metabólica, síndrome orgánico cerebral, etc.). Con posterioridad, se volvieron a revisar las características clínicas de este cuadro, para actualizar los criterios diagnósticos que recoge el DSM-5 (ver Tabla 1). En la versión española de dicho manual, el *delirium* aparece bajo el término de síndrome confusional [7].

TABLA 1. Criterios diagnósticos del síndrome confusional

(*delirium*) según el DSM -5

A. Una alteración de la atención (por ejemplo, capacidad reducida para dirigir, centrar, mantener o desviar la atención) y la conciencia (orientación reducida al entorno).

B. La alteración aparece en poco tiempo (habitualmente unas horas o pocos días), constituye un cambio respecto a la atención y conciencia iniciales y su gravedad tiende a fluctuar a lo largo del día.

C. Una alteración cognitiva adicional (por ejemplo, déficit de memoria, de orientación, de lenguaje, de la capacidad visoespacial o de la percepción).

D. Las alteraciones de los criterios A y C no se explican mejor por otra alteración neurocognitiva preexistente, establecida o en curso, ni suceden en el contexto de un nivel de estimulación extremadamente reducido, como sería el coma.

E. En la anamnesis, la exploración física o los análisis clínicos se obtienen evidencias de que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de otra afección médica, una intoxicación o una abstinencia por una sustancia (por ejemplo, debida a un consumo de drogas o a un medicamento), una exposición a una toxina o se debe a múltiples etiologías.

Especificar si:

- Síndrome confusional por intoxicación/abstinencia de sustancias, inducido por medicamento, debido a otra afección médica o debido a etiologías múltiples.
- Agudo o persistente.
- Hiperactivo, hipoactivo o nivel de actividad mixto.

Fuente: APA. 2013

EPIDEMIOLOGÍA

Las tasas de prevalencia del *delirium* pueden variar dependiendo de factores como las características de los pacientes, el tipo de dispositivo asistencial o la sensibilidad en cuanto a los métodos de detección. La prevalencia global en la comunidad es baja (1-2%) pero aumenta con la edad, llegando al 14% entre los individuos de más de 85 años. La prevalencia es del 10-30% en los individuos ancianos que acuden a los servicios de urgencias. Cuando los pacientes ingresan en el hospital, la prevalencia del delírium oscila entre el 14 y el 24% y puede llegar a aparecer en hasta el 60% de los individuos que están en residencias o en dispositivos de cuidados subagudos [7].

ETIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA DEL *DELIRIUM*

FACTORES DE RIESGO

Típicamente, la etiología del *delirium* es multifactorial y, de hecho, su desarrollo implica una compleja interrelación entre la vulnerabilidad de un paciente que presenta toda una serie de factores predisponentes y la exposición a factores desencadenantes o noxas (ver Tabla 2). En pacientes altamente vulnerables, como aquellos que presenta una demencia de base o múltiples condiciones médicas coexistentes, el *delirium* puede desarrollarse como resultado de noxas relativamente benignas, como por ejemplo el inicio de un tratamiento hipnótico. Por el contrario, para que llegue a presentarse en pacientes poco vulnerables, se precisa una exposición a múltiples factores nocivos, como por ejemplo anestesia general o cirugía mayor [2].

SUSTRATO DEL *DELIRIUM*

Existen numerosas características fisiológicas específicas para cada paciente, que sirven como sustrato para el desarrollo del . A lo largo de los últimos años se han desarrollado diversas hipótesis para intentar explicar este fenómeno [8, 9]. A continuación de exponen brevemente cada una de ellas.

Hipótesis del envejecimiento neuronal

Esta hipótesis postula que los cambios que se producen a lo largo del proceso de envejecimiento se asocian con una disminución de la reserva fisiológica, haciéndonos cada vez más vulnerables a las enfermedades y al estrés físico. Diversos estudios han concluido que, en los pacientes adultos mayores hospitalizados, la edad avanzada es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de *delirium*. También se dispone de una amplia evidencia sobre la relación recíproca entre del *delirium* y el deterioro cognitivo. Es decir, entre los pacientes adultos mayores la demencia es el factor de riesgo con más peso para presentar un cuadro de *delirium* y, a su vez, el desarrollo de un *delirium* aumenta de forma significativa el riesgo de afectación cognitiva posterior, incluyendo la demencia.

TABLA 2. Factores predisponentes y desencadenantes del *delirium*

Predisponentes	Desencadenantes
Características demográficas	Fármacos
Edad ≥ 65 años	Sedantes, hipnóticos, benzodiacepinas
Sexo masculino	Narcóticos
Estado cognitivo	Anticolinérgicos
Demencia	Polimedicación
Deterioro cognitivo	Abstinencia fármacos, alcohol u otros tóxicos
Antecedentes de *delirium*	Enfermedades neurológicas primarias
Depresión	AVC
Estado funcional	Hemorragia intracraneal
Déficit funcional, dependencia	Meningitis o encefalitis
Inmovilidad, bajo nivel de actividad	Enfermedades y procesos intercurrentes
Antecedentes de caídas	Infecciones
Deprivación sensorial	Complicaciones iatrogénicas
Déficit visual y/o auditivo	Enfermedades agudas graves
Alteraciones de la ingesta	Hipoxia
Deshidratación y/o desnutrición	Fiebre o hipotermia
Fármacos y sustancias tóxicas	Anemia
Tratamiento con múltiples psicotropos	Deshidratación, desnutrición
Polimedicación	Alteraciones metabólicas
Abuso de alcohol u otros tóxicos	Desequilibrio hidroelectrolítico
Comorbilidad	Dolor
Enfermedades graves	Cirugía
Pluripatología orgánica	Ambientales
Enfermedad renal o hepática crónica	Ingreso en UCI
Antecedentes de AVC	Contenciones físicas
Enfermedades neurológicas	Sondaje vesical
Alteraciones metabólicas	Múltiples procedimientos
Fracturas o traumatismos	Estrés emocional
Enfermedad terminal	Deprivación prolongada de sueño
Infección VIH	

Fuente: adaptado de Inouye, 2006.

Hipótesis neuroinflamatoria

Esta hipótesis propone que el *delirium* representa la manifestación a nivel del sistema nervioso central (SNC) de una enfermedad sistémica que ha atravesado la barrera hematoencefálica. Los procesos inflamatorios periféricos (como por ejemplo las infecciones o la cirugía) inducirían la activación de las células del parénquima cerebral, que liberarían citoquinas inflamatorias y otros mediadores inflamatorios del SNC [10]. Todo ello conduciría a una disfunción neuronal y sináptica, con los subsecuentes síntomas cognitivos y neuroconductuales del *delirium*.

Hipótesis del estrés oxidativo

Existe una amplia evidencia que muestra el importante papel que desempeñan algunas formas reactivas del oxígeno y del nitrógeno en diversas condiciones fisiológicas y patológicas. La producción de estrés oxidativo puede generar daños en las estructuras celulares, incluyendo lípidos y membranas, proteínas y ADN. El cerebro es particularmente vulnerable porque posee un gran contenido lipídico, una alta tasa de metabolismo oxidativo y una baja capacidad antioxidante. El estrés oxidativo y/o las deficiencias de antioxidantes pueden dañar el tejido cerebral, ocasionando una debacle a nivel cognitivo y, posiblemente, a una degeneración cerebral irreversible que puede conducir al desarrollo de un *delirium*.

Hipótesis neuroendocrina, glucocorticoides

Esta hipótesis propone que el *delirium* representa una reacción fisiológica al estrés agudo o crónico, mediado por niveles anormalmente elevados de glucocorticoides. Estas hormonas ejercen acciones generalizadas en el SNC como la regulación de la transcripción de genes, la señalización celular, la modulación de la estructura y transmisión sináptica y de la glía. La exposición repetida o prolongada a unos niveles elevados de glucocorticoides aumenta la vulnerabilidad de las neuronas, reduciendo su capacidad para sobrevivir a las alteraciones metabólicas. Por tanto, la exposición repetida o prolongada al estrés y a un nivel elevado de glucocorticoides (incluyendo también la administración exógena de corticoesteroides), puede generar un impacto negativo en la función cerebral, ocasionando diversos trastornos neuropsiquiátricos.

Desregulación del ritmo circadiano o hipótesis de la desregulación de melatonina

Esta hipótesis sugiere que las disrupciones en el ritmo circadiano y en las fases del sueño, así como las variaciones en la exposición a la luz solar, pueden ocasionar alteraciones en la arquitectura fisiológica del sueño, contribuyendo al desarrollo del *delirium*. Existe evidencia que sugiere que la deprivación crónica de sueño actúa como un estresor fisiológico (genera un aumento de los niveles de citoquinas proinflamatorias, un descenso del tono parasimpático, un aumento del tono simpático, un aumento de la presión arterial, un aumento de los niveles plasmáticos de cortisol, insulina y glucosa) contribuyendo a alteraciones cognitivas y propiciando el desarrollo del *delirium*. También existen varios estudios que han demostrado la relación entre los niveles de melatonina y las presentaciones fenotípicas del *delirium* a nivel motor.

FACTORES ETIOLÓGICOS CRÍTICOS PARA EL DESARROLLO DEL *DELIRIUM*

Se han propuesto dos vías finales que conducirían al fallo final de la integración del sistema neuronal y que, probablemente, también contribuirían a la presentación

fenotípica del *delirium* [8, 9].

Hipótesis de la neurotransmisión

Esta hipótesis sugiere que los desequilibrios de neurotransmisores más frecuentes en la etiología del *delirium* serían una menor disponibilidad de acetilcolina (↓Ach), una liberación excesiva de dopamina (↑DA), norepinefrina (↑ NE) y/o glutamato (↑ Glu), así como desregulaciones en los niveles de serotonina (↓↑ 5HT), histamina (↓↑ H1,H2) y/o ácido gamma-aminobutírico (↓↑ GABA). Esta hipótesis postula que los sistemas colinérgico y dopaminérgico, además de interactuar entre sí, también influirían sobre los sistemas glutamatérgicos y gabaérgicos.

Hipótesis de la alteración de la conexión neuronal

Esta hipótesis sugiere que el cerebro es un sistema altamente organizado y que funciona como una estructura interconectada, para permitir la compleja integración de la información sensorial y de las respuestas motoras. El *delirium* sería el resultado de un fallo agudo en las redes de conectividad del cerebro.

APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA Y EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

El diagnóstico del *delirium* es fundamentalmente clínico. Además de los hallazgos propios de la anamnesis, también se deberán tener en cuenta los antecedentes médicos del paciente y los hallazgos del examen físico y neurológico [2, 11]. Llevando a cabo un correcto estudio diagnóstico, la causa de puede identificar en hasta el 80% de los casos [1].

Cuando se hospitaliza a un paciente en estado de confusión, como primer paso es esencial determinar la agudeza del cambio en su estado mental. Si no es posible obtener esta información, se debe asumir que el paciente presenta un *delirium* hasta que se demuestre lo contrario. Todos los pacientes adultos mayores hospitalizados deben ser sometidos a instrumentos breves de evaluación del estado cognitivo tales como el Mini-Mental State Examination (MMSE), el Montreal Cognitive assessment (MOCA) o el Confusion Assessment Method (CAM). Esto permitirá documentar la afectación cognitiva y proporcionará una línea de base a partir de la cual se podrá evaluar el curso clínico del paciente.

En cuanto a las exploraciones complementarias a practicar en un paciente con un cuadro de *delirium*, se deben incluir tanto las pruebas estándar (bioquímica sérica, hemograma, serologías, sedimento de orina, electrocardiograma, electroencefalograma, radiografía de tórax, etc.) como pruebas más específicas cuando esté indicado (pruebas de neuroimagen, punción lumbar para análisis del líquido céfalo-raquídeo). El electroencefalograma tiene un papel limitado a la hora de establecer el diagnóstico de *delirium* debido a que presenta unas tasas del 17 % de falsos negativos y del 22% de

falsos positivos. En ocasiones muestra una disminución generalizada de la actividad cerebral, cosa que puede ser de ayuda para diferenciar el *delirium* de un cuadro depresivo o psicótico. Los estudios de neuroimagen también son de escasa utilidad para la evaluación del *delirium* y se deben reservar para aquellos pacientes que presentan focalidad neurológica, antecedentes de traumatismo craneoencefálico o en los que se sospecha una encefalitis. Estas pruebas también pueden ser de utilidad cuando existen dificultades para obtener los antecedentes del paciente o para realizar un examen neurológico completo.

RELACIÓN ENTRE *DELIRIUM* Y DEMENCIA

El *delirium* y la demencia se encuentran altamente interrelacionados [2]. La demencia es el principal factor de riesgo para el desarrollo de un *delirium* y casi dos tercios de los casos de *delirium* suceden en pacientes que previamente presentaban una demencia. Aunque todavía no se ha establecido una clara relación causa-efecto, la investigación de la intersección entre ambos cuadros puede arrojar información de mucha utilidad. Diversos estudios sugieren que los síntomas del *delirium* pueden persistir mucho más tiempo de lo que se creía anteriormente y en muchos pacientes las manifestaciones pueden perdurar durante meses o años. La existencia de entidades bien descritas de *delirium* persistente y de demencias reversibles o tratables (como por ejemplo las causadas por alteraciones toxicometabólicas, infecciones, uso de fármacos, la hidrocefalia obstructiva o enfermedades autoinmunes y vasculares) dificulta el establecimiento de unos límites claros entre estas dos condiciones. Ambas entidades podrían representar distintos puntos a lo largo del continuo de los trastornos cognitivos. Pese a que el *delirium* no explica los cambios patológicos que se producen en la demencia, es indudable que contribuye de forma significativa a empeorar el estado funcional y el pronóstico clínico de los pacientes con demencia [2, 12].

CURSO EVOLUTIVO Y PRONÓSTICO

Los cuadros de *delirium* pueden evolucionar de forma muy variable, entre la curación y el desencadenamiento de la muerte del paciente. Generalmente el *delirium* suele durar menos de una semana, pero si los factores causales no se resuelven, los síntomas pueden persistir en el tiempo. A mayor edad y mayor tiempo de evolución del cuadro, más tiempo tardará en resolverse el *delirium* [11].

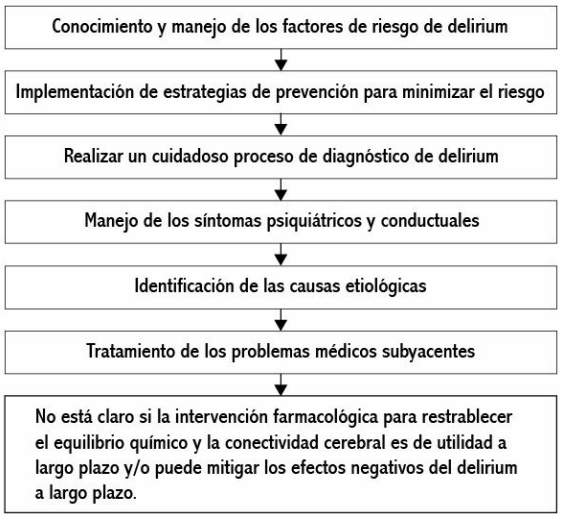
Diversos estudios han demostrado que el *delirium* se asocia a un incremento de la morbilidad y la mortalidad. Como ya hemos visto, comporta una prolongación de las estancias hospitalarias y un mayor deterioro funcional [13]. Las tasas de mortalidad entre los pacientes hospitalizados que presentan un *delirium* varían entre un 22 y un 76%, siendo las tasas más elevadas en los cuadros de infarto agudo de miocardio o sepsis. Las

tasas de mortalidad a un año asociada a los casos de *delirium* oscilan entre un 35 y un 40% [2].

PREVENCIÓN, MANEJO Y TRATAMIENTO

A modo general y tal como se ilustra en la Figura 2, el manejo clínico del *delirium* comprende una serie de niveles de intervención [4].

FIGURA 2. Niveles de intervención en el manejo del *delirium*



MEDIDAS DE PREVENCIÓN

La prevención del *delirium* es la estrategia más efectiva para reducir tanto su frecuencia como sus complicaciones. La importancia de las medidas de prevención radica en que una vez se ha instaurado el cuadro, el tratamiento suele ser menos eficaz. Para aplicar estas medidas, hay que identificar aquellos pacientes con mayor riesgo de desarrollar un *delirium*, según los factores de vulnerabilidad expuestos anteriormente. Dado que la etiología suele ser multifactorial, los abordajes clínicos globales y multidisciplinarios suelen ser los más efectivos. Los protocolos de intervención deben incidir en los siguientes aspectos [2, 14]:

- Deterioro cognitivo: favorecer la orientación del paciente e implementar actividades terapéuticas para minimizar el deterioro a nivel cognitivo, manteniendo una estimulación ambiental apropiada. Crear un ambiente tranquilo y confortable, favoreciendo la orientación con el uso de calendarios, relojes y objetos que sean familiares para el paciente. Es importante que los miembros del personal vayan reorientando regularmente al paciente y se limiten los cambios de ubicación y de personal. Involucrar a los familiares en los cuidados de apoyo.

- Inmovilización: favorecer la movilización temprana para evitar situaciones de inmovilización prolongada.
- Medidas psicoactivas: enfoques no farmacológicos para minimizar el uso de psicofármacos. Evitar el uso de sedantes y anticolinérgicos.
- Privación de sueño: implementar intervenciones para prevenir la privación de sueño (estrategias de reducción nocturna de ruido y de iluminación, ajustar los horarios de las intervenciones médicas y de la administración de los tratamientos respetando el ritmo de sueño, aplicar medidas de higiene del sueño). Durante el día se debe promover la vigilia y la movilidad.
- Déficit sensorial: mejorar la función auditiva y visual a través de la utilización de audífonos, gafas y equipamientos adaptados.
- Deshidratación: intervención temprana para evitar la deshidratación y la depleción de volumen (forzar ingesta hídrica, valorar fluidoterapia).

TRATAMIENTO

Una vez que el *delirium* se ha instaurado, los pasos clave en su manejo consisten en abordar todas las causas evidentes, proporcionar cuidados de soporte, prevenir complicaciones y tratar las posibles alteraciones de conducta. Dado que el *delirium* puede ser una emergencia médica, el tratamiento debe ser rápido y sistemático, abordando los factores predisponentes y precipitantes. El tratamiento incluye dos líneas [2, 4, 14]:

Tratamiento no farmacológico

Además de la aplicación de las mismas medidas que se han expuesto en el apartado anterior, también se recomienda establecer toda una serie de cuidados de soporte:

- Asegurar la vía aérea
- Mantenimiento de las constantes vitales
- Mantener una correcta hidratación y nutrición
- Movilizar al paciente para evitar la aparición de úlceras por presión y la trombosis venosa profunda
- Evitar la restricción física en la medida de lo posible
- Evitar lesiones (barras de protección lateral en la cama y retirar objetos peligrosos)
- Ayudar al paciente en las necesidades de cuidado diario

Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico se debe reservar para aquellos pacientes en los que los síntomas del *delirium* puedan amenazar su propia seguridad o la de terceras personas y/o resultar en una interrupción de los procedimientos terapéuticos (como, por ejemplo,

interferir en la ventilación mecánica o en los catéteres venosos centrales). Pese a la amplia utilización del abordaje farmacológico en el tratamiento del *delirium* en el anciano, existen pocos estudios que hayan aportado datos de eficacia [15]. Los antipsicóticos constituyen el grupo de psicofármacos más utilizados en la práctica clínica por su utilidad en el control de las alteraciones conductuales y los síntomas psicóticos asociados al *delirium* [16]. En los últimos años se han publicado varios metaanálisis que arrojan resultados favorables en cuanto a la eficacia de los antipsicóticos tanto a nivel terapéutico como preventivo [17, 18, 19, 20]. La Tabla 3 muestra las intervenciones farmacológicas más utilizadas.

TABLA 3. Tratamiento farmacológico del *delirium*

Clase	Fármaco	Dosis	Comentarios
Antipsicóticos típicos	Haloperidol	Dosis oral estándar: 1-2 mg/12 horas Si agitación: 1-2 mg/2-4 horas Dosis máxima diaria: 10-15 mg/día	Tratamiento utilizado con más frecuencia. Existe en presentación oral y parenteral. Relativamente seguro a corto plazo. Vigilar aparición de SEP y prolongación del intervalo QTc del ECG.
	Risperidona	Dosis oral estándar: 0,25-0,5 mg/12 horas Si agitación: 0,25-0,5 mg/2-4 horas Dosis máxima diaria: 4-6 mg/día	Risperidona: fármaco de elección general dentro de este grupo. Aripiprazol y Ziprasidona: de elección en *delirium* hipoactivo. Quetiapina: de elección en pacientes con enfermedades extrapiramidales concomitantes. Este grupo produce menos SEP que Haloperidol. Vigilar prolongación del intervalo QTc del ECG.
Antipsicóticos atípicos	Olanzapina	Dosis oral estándar: 2,5-10 mg/día	
	Quetiapina	Dosis oral estándar: 50-300 mg/día	
	Aripiprazol	Dosis oral estándar: 5-10 mg/día	
	Ziprazidona	Dosis oral estándar: 20-120 mg/día	
Benzodiacepinas	Lorazepam	Dosis oral estándar: 0,5-1 mg, con dosis adicional cada 4 horas si es necesario	Agente de segunda línea, reservar para pacientes con *delirium* tremens, abstinencia de hipnóticos/sedantes o síndrome neuroléptico maligno. Pueden producir depresión respiratoria o efectos paradójicos.
Antidepresivos	Trazdona	Dosis oral estándar: 25-150 mg en toma nocturna	Utilización como agente hipnótico.
Melatonina	Melatonina	Dosis oral estándar: 5-10 mg en toma nocturna	Puede ser de utilidad en cuadros de *delirium* que no responden al tratamiento convencional con antipsicóticos.

ECG: electrocardiograma
SEP: síntomas extrapiramidales

BIBLIOGRAFÍA

1. Antón Jiménez M, Giner Santeodoro A, Villalba Lancho E. Delírium o síndrome confusional agudo. En: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG), editores. Tratado de Geriatría para residentes. Madrid; 2006. 189-98.
2. Inouye SK. *Delirium* in older persons. N Engl J Med. 2006; 354: 1157-65.
3. Maldonado JR. Pathoetiological model of *delirium*: a comprehensive understanding of the neurobiology of *delirium* and an evidence-based approach to prevention and treatment. Crit Care Clin. 2008; 24 (4): 789-856.
4. Maldonado JR. Acute Brain Failure: Pathophysiology, Diagnosis, Management, and Sequelae of *Delirium*. Crit Care Clin. 2017; 33 (3): 461-519.
5. Cole M, McCusker J, Dendukuri N, Han L. The prognostic significance of subsyndromal *delirium* in elderly medical inpatients. J Am Geriatr Soc. 2003; 51 (6): 754-60.
6. American Psychiatry Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision. 4th ed. Washington, 2000. Edición española: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson, 2002.
7. American Psychiatric Association: diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
8. Maldonado JR. Neuropathogenesis of *delirium*: review of current etiologic theories and common pathways. Am J Geriatr Psychiatry. 2013; 21 (12): 1190-222.
9. Maldonado JR. *Delirium* pathophysiology: An updated hypothesis of the etiology of acute brain failure. Int J Geriatr Psychiatry. 2017 Dec 26. doi: 10.1002/gps.4823.
10. Cerejeira J, Firmino H, Vaz-Serra A, Mukaetova-Ladinska EB. The neuroinflammatory hypothesis of *delirium*. Acta Neuropathol. 2010; 119 (6): 737-54.
11. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz, P. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry (Eleventh edition.). Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015. 697-704.
12. Leigh H. *Delirium*, dementia, alcohol intoxication, and withdrawal syndromes. En: Leigh H y Streltzer J, editores. Handbook of Consultation-Liaison Psychiatry. New York: Springer; 2015. 74-88.
13. Salluh JI, Wang H, Schneider EB, Nagaraja N, Yenokyan G, Damluji A, et al. Outcome of *delirium* in critically ill patients: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2015 Jun 3; 350: h2538.
14. Schwartz AC, Fisher TJ, Greenspan HN, Heinrich TW. Pharmacologic and nonpharmacologic approaches to the prevention and management of *delirium*. Int J Psychiatry Med. 2016; 51 (2): 160-70.
15. Cerveira CCT, Pupo CC, Dos Santos SS, Santos JEM.*Delirium* in the elderly: A systematic review of pharmacological and non-pharmacological treatments. Dement Neuropsychol. 2017 Jul-Sep; 11 (3): 270-5.
16. Sánchez González R, Baillès Lázaro E, Bastidas Salvadó A, Pintor Pérez L. Psychopharmacological treatment of patients with *delirium*, referred to a consultation-liaison psychiatry service. Eur Neuropsychopharmacol. 2016; 26 (S2): S754-5.
17. Hirota T, Kishi T. Prophylactic antipsychotic use for postoperative *delirium*: a systematic review and meta-analysis. J Clin Psychiatry. 2013 Dec; 74 (12): e1136-44.
18. Teslyar P, Stock VM, Wilk CM, Camsari U, Ehrenreich MJ, Himelhoch S. Prophylaxis with antipsychotic medication reduces the risk of post-operative *delirium* in elderly patients: a meta-analysis. Psychosomatics. 2013; 54 (2): 124-31.
19. Zhang H, Lu Y, Liu M, Zou Z, Wang L, Xu FY, Shi XY. Strategies for prevention of postoperative *delirium*: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. Crit Care. 2013 Mar 18; 17 (2): R47. doi: 10.1186/cc12566.
20. Kishi T, Hirota T, Matsunaga S, Iwata N. Antipsychotic medications for the treatment of *delirium*: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2016; 87 (7): 767-74.

SECCIÓN IV
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA DEL ADULTO MAYOR

Luis Felipe Valdés Zañartu

RESUMEN

La neuropsicología clínica se puede definir como el estudio de las relaciones entre cerebro y conducta. En sus inicios, su principal objetivo fue el diagnóstico localizacionista; sin embargo, con el advenimiento de las neuroimágenes y otros avances de las neurociencias, dicho objetivo —específicamente el de la evaluación neuropsicológica— se ha desplazado hacia la descripción y valoración de los procesos cognitivos e integridad de las funciones cognitivas. Este examen explora diferentes dominios cognitivos, considera la funcionalidad (actividades de la vida diaria), la presencia de síntomas, recursos, entre otras cosas. Para esto, hace uso de diferentes técnicas y/o instrumentos cuya finalidad es comparar rendimientos, explorar síntomas y cotejar criterios específicos para arribar a un diagnóstico neuropsicológico útil y ecológico. El objetivo final es contribuir al bienestar del usuario y su entorno. Si bien en términos generales los principios de la evaluación no varían en función del rango etario, hay aspectos —por ejemplo, ciertos diagnósticos, características del cuidador, técnicas, instrumentos, etc.— que se deben tener presentes al momento de examinar a un adulto mayor y son abordados a lo largo de este capítulo cuyo objetivo es que el lector básicamente se familiarice con esta potente y útil herramienta diagnóstica.

INTRODUCCIÓN

La neuropsicología clínica se puede definir como el estudio de las relaciones entre cerebro y conducta. En sus inicios, su principal objetivo fue el diagnóstico topográfico cerebral; es decir, localizar lesiones; luego, con el advenimiento de las neuroimágenes este cambió y se da paso a la descripción y valoración de los procesos cognitivos e integridad de las funciones cognitivas [1]. La idea localizacionista avanzó hacia la visión

holista, la que en términos simples supone que la localización, correlación de síntomas y/o conducta con lesiones no demuestra necesariamente que la función de esa conducta esté localizada en una determinada estructura cerebral, viendo al cerebro como una compleja red global de interacciones [2]. Así, emerge una neuropsicología clínica que se ocupa de describir el cómo funcionan los procesos cognitivos, afectivos y conductuales.

La neuropsicología clínica tiene diferentes aplicaciones, siendo la evaluación neuropsicológica una de las actividades más comunes que lleva a cabo el neuropsicólogo clínico. De acuerdo con Muñoz-Céspedes y Tirapu-Ustárroz los principales objetivos de este tipo de evaluaciones son: descripción de los trastornos mentales en términos de funcionamiento cognitivo; definición de los perfiles clínicos que caracterizan a diferentes tipos de trastornos que cursan con alteraciones neuropsicológicas; contribución a la clarificación diagnóstica sobre todo en aquellos casos en que no se detectan alteraciones en pruebas de neuroimagen; establecimiento de programas de rehabilitación individualizados, a partir del conocimiento de las limitaciones del sujeto, pero también de las capacidades conservadas; valoración de la eficacia de las diferentes intervenciones en términos de funcionamiento cognitivo; identificación de los factores de pronóstico; valoraciones médico-legales; y verificación de hipótesis sobre las relaciones entre cerebro y conducta que permita mejorar la comprensión de las relaciones entre cerebro y funcionamiento cognitivo [1].

Con respecto al método de evaluación, este tiene principios generales que poco varían en función del rango etario; por lo mismo, se hará una revisión de las generalidades de la evaluación neuropsicológica, los dominios cognitivos y otros aspectos a evaluar, para finalmente destacar algunos aspectos que se deben tener en consideración en el examen neuropsicológico clínico del adulto mayor.

EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA: GENERALIDADES

El proceso de evaluación parte con establecer el objetivo de esta y cuál es la pregunta o hipótesis que motiva la derivación. Luego, se hace un análisis de los datos obtenidos durante la anamnesis del paciente (edad, nivel educacional, antecedentes mórbidos, estado actual de enfermedad, nivel de funcionalidad en la vida diaria, etc.) para determinar qué tipo de procedimientos o instrumentos de valoración (aproximación del clínico) son los más adecuados para cumplir con los objetivos y responder adecuadamente las preguntas que son formuladas al neuropsicólogo [3]; además, se debe considerar el contexto en que se lleva a cabo la evaluación (p.e. hospitalizado o ambulatorio en el caso clínico, el tiempo, etc.).

Para conseguir el o los objetivos, se deben considerar serie de factores: los antecedentes obtenidos durante las entrevistas, informes y exámenes previos, resultados de los instrumentos aplicados, observaciones realizadas por el clínico durante el proceso y todo aquello que permita formar una idea de cuál es el nivel de autonomía e

independencia del examinado. Para esto último, es fundamental contar con el reporte de un tercero (p.e, un familiar).

A grandes rasgos, en neuropsicología clínica existen dos paradigmas de evaluación. El primero —o tradicional— desarrollado principalmente en Norteamérica, se interesa por los procedimientos estandarizados y la baremación (normativa); el segundo, iniciado en Rusia por Alexander Luria, enfatiza las observaciones, el proceso y los estudios de casos, buscando la generalización y puesta a prueba de hipótesis que guiarán la valoración, diagnóstico y tratamiento neuropsicológicos [3]. La aproximación tradicional se ha preocupado de desarrollar normativa y su método diagnóstico se asocia a la comparación de resultados obtenidos con una muestra, permitiendo establecer si el rendimiento es acorde o no a lo esperado (p.e. en relación con la edad, escolaridad, sexo, individuos con determinado diagnóstico, etc.), dando la posibilidad de desarrollar perfiles descriptivos de fortalezas y debilidades, tanto a nivel ipsativo (intrasujeto) como normativo (intersujeto). Una de las principales dificultades a las que se enfrenta este modelo, son los escasos estudios normativos y adaptación de las pruebas a las características de determinadas poblaciones. Otra crítica al método tradicional surge del enfoque de evaluación neuropsicológica basada en los procesos al proponer superar un abordaje cuantitativo y —sin dejar de lado este aspecto— prestar atención al cómo se realiza la tarea y al por qué falla; de esta forma, será posible hacer una mejor diferenciación entre diagnósticos [4].

PRINCIPALES ASPECTOS A EVALUAR EN UN EXAMEN NEUROPSICOLÓGICO

El clínico seleccionará las pruebas (en base a criterios) y estrategias más apropiadas para lograrlos. Puede optar por una batería fija, una batería flexible o una combinación de ambas; asimismo, puede utilizar pruebas para estimar el rendimiento cognitivo general (un resumen de varias habilidades cognitivas) y otras para valorar dominios cognitivos en forma específica. Lo importante es que las pruebas que se utilicen (tanto generales como específicas) sean las más adecuadas para el paciente en función de su edad, escolaridad, idioma, etc. Muchas pruebas —aunque a nivel internacional sean muy recomendadas— no cuentan con estudios normativos, o bien estos no están actualizados, para la población. En el caso de que estas se utilicen, se recomienda tener cautela a la hora de interpretar los resultados obtenidos a través de estas.

A lo largo de los años se ha consensuado qué dominios cognitivos o dominios sintomáticos deben ser evaluados para diagnosticar un trastorno neurocognitivo [6]. La Asociación Americana de Psiquiatría, en su quinta versión del “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales -DSM-5” propone los siguientes: atención compleja; función ejecutiva; aprendizaje y memoria; lenguaje; habilidades perceptuales motoras; y reconocimiento social. Además de señalarlos, propone facetas (subdominios) en cada uno de estos, da ejemplos de síntomas u observaciones y ejemplos de

evaluaciones que se recomienda revisar [7]; no obstante, ni los dominios ni sus facetas están definidos. En la Tabla 1 se expone un resumen de cada uno de ellos.

Otro aspecto que considerar es la independencia personal (ser capaz de satisfacer las propias necesidades básicas o realizar actividades básicas de la vida diaria) y autonomía (independencia económica, capacidad para tomar decisiones y obrar de acuerdo con normas y creencias propias) del paciente; es decir, su funcionalidad. Este tipo de actividades son las llamadas "actividades de la vida diaria" o "AVD" y, a la luz del concepto de validez ecológica de la evaluación neuropsicológica, evaluarlas es clave. La primera definición de estas la hizo la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (A.O.T.A.), indicando que involucran el cuidado personal, el trabajo y el juego o actividades lúdicas. Más tarde, se conceptualizaron como tareas que realiza una persona para cuidar de sí mismo en forma independiente y se enfatizó el valor de estas para el desempeño de roles (personales y profesionales) y siendo consideradas como tareas de mantenimiento personal, movilidad, comunicación y manejo del hogar que otorgan independencia del entorno a quién las realiza [8].

TABLA 1. Dominios cognitivos y sus facetas

Dominio cognitivo	Facetas	Descripción del dominio
Atención compleja.	Atención continua. Atención dividida. Atención selectiva. Velocidad de procesamiento.	Capacidad para concentrarse en tareas, de tal modo que su terminación no se vea obstruida por las distracciones (atención continua y selectiva). Va más allá de la simple capacidad de prestar atención. Implica a la velocidad de procesamiento, la retención mental de la información y la capacidad para prestar atención a más de una cosa a la vez (atención dividida).
Función ejecutiva.	Planificación. Toma de decisiones. Memoria de trabajo. Respuesta a la retroinformación o corrección de errores. Inhibición/hábitos predominantes. Flexibilidad mental.	Serie de mecanismos que se utilizan para organizar ideas simples y elementos del comportamiento para construir otros más complejos para conseguir una meta. Cuando hay un compromiso ejecutivo los pacientes presentan dificultades para interpretar la información reciente y adaptarse a situaciones nuevas. La planificación y toma de decisiones puede verse afectada. Cuando hay pérdida de flexibilidad mental, el comportamiento depende del hábito más que del razonamiento y de la corrección de errores mediante retroalimentación.
Aprendizaje y memoria.	Memoria inmediata. Memoria reciente (incluye el recuerdo libre, evocado y reconocimiento). Memoria a muy largo plazo (semántica, autobiográfica).	Como existen varias formas de clasificación de la memoria, se considera útil la siguiente: • Memoria procesal (o procedural): se requiere para realizar tareas como escribir, tocar un instrumento o andar en bicicleta. Permite aprender una secuencia de comportamientos y repetirlos, sin requerir mayor esfuerzo consiente. • Memoria episódica: memoria de eventos que la persona experimentó a modo de historia personal, por tanto, siempre implica un punto de vista subjetivo. • Memoria semántica: es la que participa cuando se habla del conocimiento en general. Es el segmento en el que se acumula la mayor parte de la información y no tiene asociación con algún elemento concreto (episódico) de la vida de la persona.

	Aprendizaje implícito.	
Lenguaje.	Lenguaje expresivo. Lenguaje receptivo.	En el polo expresivo incluye: nominación (nombrar objetos o cosas, búsqueda de palabras), fluidez, gramática y la sintaxis (estructura) del lenguaje. Por otra parte, el polo receptivo dice relación con los aspectos comprensivos del lenguaje.
Habilidades perceptuales motoras.	Percepción visual. Habilidades visoconstructivas. Habilidades perceptuales motoras. Praxis. Gnosis.	Se refiere a la capacidad que tiene la persona para asimilar la información sensorial (de diversos tipos) y hacer uso de ella. Además de la aplicación motriz, incluye el reconocimiento de caras (que no tiene un componente motor).
Reconocimiento social o cognición social.	Reconocimiento de emociones. Teoría de la mente.	Apunta a los procesos que ayudan a reconocer las emociones de otras personas y responder acorde a estas. En este dominio también se incluye la toma de decisiones, la empatía, el juicio moral, el conocimiento de las normas sociales y el procesamiento emocional; además, incluye a la teoría de la mente, es decir, la capacidad de reconocer que los demás tienen creencias, y que estas pueden ser distintas a las propias.

Fuente: Morrison, 2015; Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.

Las AVD, según la complejidad cognitiva que se requiere para llevarlas a cabo, se dividen en básicas e instrumentales: "Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) se caracterizan por ser universales, estar ligadas a la supervivencia y condición humana, a las necesidades básicas, estar dirigidas a uno y suponer un mínimo esfuerzo cognitivo, automatizándose su ejecución tempranamente (alrededor de los seis años), con el fin de lograr la independencia personal. En cambio, las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) conllevan un mayor sesgo cultural, están ligadas al entorno, suelen ser instrumentales, frente a las primeras que son finalistas, son un medio para obtener o realizar otra acción, suponen una mayor complejidad cognitiva y motriz e implican una interacción con el medio" (p. 268) [8].

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la capacidad funcional; es decir, el grado de independencia y autonomía, es el mejor indicador de salud y calidad de vida [9]. Desde el punto de vista neuropsicológico, considerando que llevar a cabo las AVD requiere de procesamiento cognitivo, podemos considerar la afección de estas como un "marcador" de un trastorno cognitivo de mayor gravedad (se deben descartar otras afecciones o patologías que expliquen mejor la pérdida de funcionalidad). Para examinar las AVD existen una serie de métodos, ya sea en forma directa con el paciente (teniendo en cuenta que puede —por diferentes motivos — no dar cuenta de su nivel de funcionamiento "real", por lo tanto, la observación en vivo es altamente recomendable), entrevistar a un informante (familiar, cuidador, etc.) y/o utilizar escalas diseñadas específicamente para la valoración funcional.

Además de los síntomas cognitivos y la capacidad funcional se evaluará la presencia de síntomas conceptualizados como "no cognitivos o neuropsiquiátricos". Estos pueden ser una de las primeras manifestaciones de un trastorno neurocognitivo mayor (demencia) en sujetos sanos desde el punto de vista cognitivo o bien con diagnóstico de trastorno

neurocognitivo leve (deterioro cognitivo leve o DCL). Por lo mismo, aún en ausencia de síntomas cognitivos, la sola aparición de síntomas neuropsiquiátricos en población anciana obligará la valoración periódica para detectar la aparición posterior de una enfermedad neurodegenerativa [10]. Contar con esta valoración también contribuirá a tomar decisiones en cuanto a las estrategias de intervención más adecuadas para el caso.

A modo de síntesis, en cualquier evaluación neuropsicológica clínica estándar se entrevistará al paciente, a uno o más informantes y se aplicarán diferentes instrumentos para la valoración de aspectos cognitivos, nivel funcional y presencia de síntomas de otras esferas (p.e. anímica) que comúnmente se encuentran asociados a los trastornos cognitivos o viceversa. Una evaluación neuropsicológica clínica es guiada por un neuropsicólogo; no obstante, siempre es recomendable incorporar a otros actores (p.e. kinesiólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales, psiquiatras, neurólogos, etc.). La evaluación neuropsicológica no es disciplinaria, inter ni multidisciplinaria, en su esencia está el requerimiento de una mirada conjunta e integrada por parte de un equipo transdiciplinario cuyo objetivo último es mejorar la calidad de vida del paciente.

ASPECTOS QUE CONSIDERAR EN EL EXAMEN NEUROPSICOLÓGICO DEL ADULTO MAYOR

Hay varios factores que inciden en el rendimiento cognitivo de una persona, por ejemplo, la nutrición, historia de enfermedades, intereses a lo largo del ciclo vital, etc.; sin duda, los que se han descrito con más frecuencia en la literatura neuropsicológica son el capital cognitivo, el sexo y la edad. Se ha encontrado una relación directamente proporcional entre el nivel de escolaridad (principal nutriente del capital cognitivo) y el rendimiento cognitivo, actuando este como un protector contra el deterioro. Con relación al sexo, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre el rendimiento de hombres y mujeres en diferentes tareas y, en el caso de la edad, sí se ha demostrado el efecto de la edad sobre la cognición. Lezak y sus colaboradores describen un patrón de envejecimiento normal y —citando a una serie de investigaciones— comenta varios cambios cognitivos asociados a la variable edad (sensoriales y motores, atención, memoria, lenguaje, funciones visuoespaciales, praxias y construcción, razonamiento, formación de conceptos y flexibilidad mental) [11].

Considerando que este capítulo tiene como objetivo la evaluación neuropsicológica del adulto mayor (sesenta años en adelante), se centrará en la variable edad. Que haya un descenso (p.e. velocidad de procesamiento) o aumento (p.e. inteligencia cristalizada) de algunas habilidades cognitivas no es un sinónimo de patología. Dichos cambios tienen relación con el envejecimiento fisiológico del tejido cerebral y son esperables; sin embargo, cuando el descenso es mayor al esperado (de ahí la importancia de usar normativa por rango etario) esto se considera patológico.

Dada la elevada prevalencia del deterioro cognitivo y las demencias (ambas condiciones cursan con disminución patológica de habilidades cognitivas), cada vez se

estudian más las funciones cognitivas [12] y se han revisado criterios diagnósticos, diseñado herramientas de evaluación, etc. para detectar patologías que frecuentemente —por la longevidad de las personas— se asocian más al adulto mayor (aunque no son exclusivas de dicha etapa del ciclo vital). La quinta versión del "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5" establece criterios para el trastorno neurocognitivo leve (deterioro cognitivo leve o DCL) y mayor (demencia) [7] los que se pueden revisar en la Tabla 2.

El lector observará que los criterios entre ambos trastornos son similares. Para dejar clara las diferencias, estas se han destacado con letra negrita. La diferencia fundamental entre ambos está en el grado de deterioro y su consecuente interferencia en las actividades de la vida diaria. En el trastorno neurocognitivo leve el descenso de habilidades cognitivas no interfiere en la independencia y autonomía de la persona (en el trastorno neurocognitivo mayor sí la hay), sin perjuicio de que la persona debe hacer mayores esfuerzos para mantenerla. Entonces, el trastorno neurocognitivo leve cursa con alteración del nivel cognitivo (respecto del nivel premórbido) y como síndrome se sitúa entre el envejecimiento normal y el trastorno neurocognitivo mayor [12].

TABLA 2. Criterios diagnósticos Trastornos Neurocognitivos (DSM-5)

Leve	Mayor
A. Evidencias de un declive cognitivo moderado comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social) basadas en:	A. Evidencias de un declive cognitivo significativo comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social) basadas en:
1. Preocupación en el propio individuo, en un informante que le conoce o en el clínico, porque ha habido un declive significativo en la función cognitiva, y	1. Preocupación en el propio individuo, en un informante que le conoce o en el clínico, porque ha habido un declive significativo en la función cognitiva, y
2. Un deterioro moderado del rendimiento cognitivo, preferentemente documentado por un test neuropsicológico estandarizado o, en su defecto, por otra evaluación cuantitativa.	2. Un deterioro sustancial del rendimiento cognitivo, preferentemente documentado por un test neuropsicológico estandarizado o, en su defecto, por otra evaluación cuantitativa.
B. Los déficits cognitivos no interfieren en la capacidad de independencia en las actividades cotidianas (por ejemplo, conserva las actividades instrumentales complejas de la vida diaria, como pagar facturas o seguir los tratamientos, pero necesita hacer un mayor esfuerzo, o recurrir a estrategias de compensación o de adaptación).	B. Los déficits cognitivos interfieren con la autonomía del individuo en las actividades cotidianas (es decir, por lo menos necesita asistencia con las actividades instrumentales complejas de la vida diaria, como pagar facturas o cumplir los tratamientos).
C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirium.	C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirium.
D. Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).	D. Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).
Especificar si debido a: enfermedad de Alzheimer, degeneración del lóbulo frontotemporal, enfermedad por cuerpos de Lewy, enfermedad vascular, traumatismo cerebral, consumo de sustancia o medicamento, infección por VIH, enfermedad por priones, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, otra afección médica, etiologías múltiples, no especificado.	Especificar si debido a: enfermedad de Alzheimer, degeneración del lóbulo frontotemporal, enfermedad por cuerpos de Lewy, enfermedad vascular, traumatismo cerebral, consumo de sustancia o medicamento, infección por VIH, enfermedad por priones, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, otra afección médica, etiologías múltiples, no especificado.
Especificar:	

• Sin alteración del comportamiento: si el trastorno cognitivo no va acompañado de ninguna alteración del comportamiento clínicamente significativa.

• Con alteración del comportamiento (especificar la alteración): si el trastorno cognitivo va acompañado de una alteración del comportamiento clínicamente significativa (por ejemplo, síntomas psicóticos, alteración del estado de ánimo, agitación, apatía u otros síntomas comportamentales).

En la clasificación antes expuesta se exige la especificación de si el DCL cursa o no con alteración del comportamiento. Esto permite establecer si hay presencia de síntomas neuropsiquiátricos para así incluir (aunque no del todo y con poca claridad) una tercera entidad descrita llamada "deterioro comportamental leve" (DCol). Este síndrome, que también se presenta como un estadio intermedio entre la normalidad y la demencia (cuando el paciente tiene más de cincuenta años) se caracteriza por la presencia de síntomas neuropsiquiátricos, situación que se asocia a un peor pronóstico de la enfermedad y una muerte más temprana en caso de que evolucione a un síndrome demencial [10]. El DSM-5 no recoge del todo esta entidad ya que en este la alteración del comportamiento se da en contexto de deterioro cognitivo leve; sin embargo, el diagnóstico de DCol de acuerdo con los criterios propuestos por la "International Society to Advance Alzheimer's Research and Treatment" y lo señalado por varios autores, puede ser consignado en presencia o ausencia de un DCL [10] (ver Tabla 3).

Descritas a grandes rasgos las entidades cuya sospecha motivan la derivación a evaluación neuropsicológica del paciente adulto mayor, cabe revisar cómo se realiza el diagnóstico. Se utilizarán los criterios A y B y el especificador comportamental del DSM-5 para mayor claridad:

TABLA 3. Criterios diagnósticos del DCol propuestos por la "International Society to Advance Alzheimer's Research and Treatment"

1. Cambios en la personalidad o en las conductas observadas por el paciente, el informante o el clínico, de inicio tardío (por encima de los 50 años) y que persisten, al menos en forma intermitente, por un período de seis meses o más. Este cuadro representa un cambio evidente con respecto a la personalidad o conductas habituales de la persona, y se evidencia al menos en uno de los siguientes apartados:
   a) Disminución de la motivación (por ejemplo, apatía, pérdida de espontaneidad o indiferencia).
   b) Desregulación afectiva (por ejemplo, ansiedad, disforia, labilidad emocional, euforia o irritabilidad).
   c) Pérdida de control de impulsos (por ejemplo, agitación, desinhibición, juego patológico, obsesividad, conductas perseverantes o vinculación excesiva a determinados estímulos).
   d) Inadecuación social (por ejemplo, ausencia de empatía, pérdida de insight, pérdida de habilidades sociales o de tacto, rigidez psíquica o exageración de los rasgos previos de personalidad).
   e) Percepciones anómalas o alteración del contenido del pensamiento (por ejemplo, alucinaciones o delirios).

2. Las conductas son de la suficiente gravedad como para producir al menos una disfunción mínima en al menos una de las áreas siguientes:
   a) Relaciones interpersonales.
   b) Otros aspectos del funcionamiento social.
   c) Habilidad para desenvolverse en su puesto de trabajo.

El paciente debe generalmente mantener su independencia en el funcionamiento en su vida diaria, con ayuda o asistencia mínima.

3. Aunque puedan estar presentes condiciones comórbidas, los cambios en la personalidad o en las conductas no son atribuibles a otro trastorno psiquiátrico actual (por ejemplo, trastorno de ansiedad generalizada, depresión mayor, trastornos maniacos o psicóticos) o a un origen médico, traumático o debido a los efectos fisiológicos de una medicación o sustancia.

4. Los pacientes no cumplen criterios de un síndrome demencial (por ejemplo, enfermedad de Alzheimer, demencia frontotemporal, demencia con cuerpos de Lewy, demencia vascular u otras demencias).
El deterioro comportamental leve puede ser diagnosticado simultáneamente al deterioro cognitivo leve.

Fuente: Agüera-Ortiz y sus colaboradores 2017.

CRITERIO A

Entendiendo que el paciente, un informante o el clínico ha notado cambios cognitivos en el primero, debe preguntarse si hay un descenso de las habilidades cognitivas respecto a un nivel previo; entonces, lo primero que se requiere establecer es cuál era ese nivel previo. A este procedimiento se le llama estimación de la inteligencia premórbida (IPM) o del rendimiento cognitivo previo y se puede realizar a través de diferentes métodos que están brevemente expuestos en el trabajo de Bilbao-Bilbao y Seisdedos [13]. Otra forma que ayuda a aproximarse al rendimiento premórbido del paciente es el uso de escalas desarrolladas para medir la reserva cognitiva. Esta opera como un factor protector ante el deterioro cognitivo y explicaría —entre otras cosas— la falta de correlación observada entre el daño o patología cerebral y las manifestaciones clínicas de este [14].

Posteriormente se deben aplicar pruebas para establecer el rendimiento cognitivo actual en términos generales y a nivel de dominios; si bien, el manual citado utiliza el término "preferentemente documentado por un test neuropsicológico estandarizado o, en su defecto, por otra evaluación cuantitativa" (p. 602) se sugiere tomar esta recomendación como obligatoria ya que resulta muy difícil, por no decir imposible, que un clínico sea capaz —aún con experiencia— de saber qué es lo esperado para cada sujeto considerando que ese "esperado" cambia de acuerdo a una serie de variables; por lo tanto, la comparación normativa que realiza el neuropsicólogo clínico es irremplazable.

Como se ha dicho, el neuropsicólogo debe elegir, en base a criterios, qué pruebas utilizará para llevar a cabo esta medición. Por lo general se usa una prueba de "screening" o cribado cognitivo que orientará los siguientes pasos y agregar cuestionarios o inventarios que valoren síntomas cognitivos. Luego, de acuerdo con los resultados cuantitativos y cualitativos de los instrumentos, y otros antecedentes obtenidos durante las entrevistas, se profundizará en la evaluación. Para esto se recomienda usar un "método de embudo", es decir, partir con pruebas generales y posteriormente valorar con mayor ahínco, utilizando pruebas específicas de cada dominio (atención, memoria, lenguaje, etc.), los hallazgos o indicadores de deterioro cognitivo. En la Tabla 4 se exponen algunas pruebas para población adulta de uso frecuente.

TABLA 4

Ejemplos de pruebas de cribado o screening cognitivo para población adulta	• Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised (ACE-R). • Test de evaluación cognitiva de Montreal (MoCa). NEUROPSI. • Test breve para la evaluación del estado cognitivo (BCSE). • INECO Frontal screening. • Minimental State Examination (MMSE).

Ejemplos de pruebas neuropsicológica que se utilizan con frecuencia en población adulta	• Cuarta edición de la Escala de memoria de Wechsler (WMS-IV). • NEUROPSI atención y memoria. • Test de los cinco dígitos. • Laberintos de Porteus. • Hayling test. • Test de aprendizaje verbal España-Complutense (TAVEC). • Prueba neuropsicológica de memoria y aprendizaje visual (DCS). • Torre de Londres. • Batería neuropsicológica de funciones ejecutivas y lóbulos frontales (BANFE). • Versión revisada del Test de Barcelona.
Ejemplos de pruebas que cuentan con estudios normativos en Chile para población adulta	• Cuarta edición de la Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos (WAIS-IV). • Test de denominación de Boston (BNT). • Test de fluidez verbal semántica y fonológica (Animales y FAS). • Test modificado de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin (M-WCST). • Test de colores y palabras de Stroop. • Test de dígitos y símbolos (SDMT). • Test de la Figura compleja de Rey (FCR). • Test breve de atención (TBA). • Test del trazo A y B (TMT A & B). • Test de aprendizaje verbal de Hopkins revisado (HVLT-R).

CRITERIO B

La funcionalidad se evaluará a través de métodos observacionales, entrevistas y a través de la aplicación de instrumentos que examinen la ejecución de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria por parte del paciente. Respecto a estas últimas, una bastante utilizada es la "Disability Assessment Schedule 2.0" (WHODAS 2.0) de la OMS [15], que divide y evalúa el funcionamiento cotidiano en seis áreas de actividad: comprensión y comunicación, capacidad para moverse en su alrededor/entorno, cuidado personal, capacidad de relación con otras personas, actividades de la vida diaria y participación en sociedad. Cuenta con un modelo de entrevista semiestructurada para el evaluador y con escalas autoadministradas para el paciente y su informante. Este instrumento es conceptualmente compatible con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la OMS [16]. Otro instrumento utilizado, que es completado por un informante, es el "Activities of Daily Living Questionnaire" traducido al español y determinada su utilidad en el 2009 por Gleichgerrcht et al [17]. Al igual que la versión original en inglés, la ADLQ-SV evalúa y divide el funcionamiento en seis dominios: autocuidado, cuidado del hogar, trabajo y recreación, compras y manejo del dinero, viajes, y comunicación. Posteriormente, Muñoz-Neira y sus colaboradores [18] argumentando que en los últimos años las tecnologías de información y comunicación se han vuelto parte de la vida cotidiana y que poder hacer uso de estas es esencial para la autonomía en la sociedad, desarrollan y validan una nueva versión de la ADLQ. Esta versión, además de evaluar los dominios

antes mencionados, examina un séptimo dominio o subescala: tecnologías de la información y comunicación.

También se recomienda agregar el "Inventario de síntomas prefrontales abreviado (ISP-20) desarrollado por Pedrero-Pérez y sus colaboradores [19]. La finalidad de este instrumento es identificar síntomas cotidianos de disfunción de los lóbulos frontales, estos últimos relacionados con el control y coordinación de la actividad humana. Los desarrolladores de esta escala explican que en muchos casos lo que las personas informan como problemas de memoria son en realidad alteraciones ejecutivas de la gestión atencional. La presencia de este tipo de síntomas en la vida diaria informa al clínico de situaciones de estrés intenso, deterioro cognitivo o procesos degenerativos en fases preliminares. Los resultados de este cuestionario autoaplicado se organizan en tres factores específicos (control de la conducta social, control emocional y control ejecutivo) y uno general (sintomatología prefrontal). Como las preguntas apuntan a situaciones cotidianas, este inventario es un gran aporte para conseguir una evaluación neuropsicológica ecológicamente válida.

Una vez evaluada la funcionalidad se establecerá si los déficits cognitivos (la dificultad funcional debe ser producto de un deterioro cognitivo y no de otra cosa) interfieren o no en la capacidad de independencia y autonomía. Este criterio fundamental es el que permite diferenciar entre un trastorno neurocognitivo leve (DCL) y mayor (demencia).

SIN/CON ALTERACIÓN DEL COMPORTAMIENTO

La presencia de sintomatología no cognitiva se puede llevar a cabo mediante el uso del "Inventario Neuropsiquiátrico" de Cummings. Este tiene como objetivo la obtención de información sobre la presencia (en el último mes) de síntomas neuropsiquiátricos y conductuales en pacientes con alteraciones cerebrales. Básicamente es una entrevista estructurada que se realiza al representante del paciente, evaluando presencia y gravedad de síntomas en diez dominios: delirios, alucinaciones, disforia, ansiedad, euforia, agresividad, apatía, irritabilidad, desinhibición y conducta motriz anómala [20].

Para la detección del deterioro comportamental leve (DCol) —que puede cursar sin o con deterioro cognitivo leve— se sugiere la versión española de la escala "Mild Behavioral Impairment-Checklist" MBI-C. Esta ha sido diseñada para utilizarse en población de adultos o ancianos con o sin alteraciones cognitivas, siendo su objetivo principal detectar los síntomas del DCol apoyándose en la información entregada por un informante o familiar cercano al paciente. Se divide en cinco áreas: descripción del interés, la motivación y el impulso; descripción de los síntomas afectivos y de ansiedad; descripción de la capacidad de demorar la gratificación y controlar el comportamiento, los impulsos, la ingesta oral y/o cambios en la recompensa; descripción de la capacidad de seguir las normas sociales, tener tacto y empatía; y, la descripción de creencias mantenidas con firmeza y experiencias sensoriales [10].

Frente al diagnóstico un trastorno neurocognitivo mayor —que requieren de cuidados por parte de terceros— o bien los síntomas neuropsiquiátricos abundan en frecuencia y

gravedad, cabe preguntarse por el estado de salud, tanto física como mental, de quién esté a cargo del cuidado. La "sobrecarga del cuidador" no es poco frecuente cuando se está a cargo de un paciente con pérdida de la independencia y autonomía (especialmente cuando presenta síntomas no cognitivos). Breinbauer y sus colaboradores [21] citando a Martín, definen cuidador "como la persona, habitualmente un familiar directo, que convive y mantiene la responsabilidad de proveer recursos que un paciente, incapaz de autosustentarse, necesita" (p.658) y explican que tomar un rol de cuidador no es simple y muchas veces puede acarrear una serie de consecuencias negativas (desatención de la propia salud, deterioro familiar, ansiedad, frustración, etc.). Asimismo, advierten una relación directamente proporcional entre el nivel de sobrecarga y el deterioro de la salud mental, social y física del cuidador; es decir, a mayor sobrecarga más se deteriora su salud.

Lo señalado es un argumento suficiente para incluir la valoración de este aspecto en una evaluación neuropsicológica clínica. Un instrumento útil, y que cuenta con validación en Chile para sus versiones original y abreviada, es la "Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit" (EZ y EZA respectivamente). Esta escala debe ser completada por el cuidador del paciente, consta de veintidós ítems (versión original) y permite clasificar al cuidador en "ausencia de sobrecarga", "sobrecarga ligera" y "sobrecarga intensa" [21]; asimismo, conocer el nivel de sobrecarga también informa al neuropsicólogo de la gravedad del cuadro y del nivel de dependencia del paciente, por lo que esto permitiría, además del desarrollo de estrategias de intervención con el cuidador y su entorno, utilizarse como un criterio más para el diagnóstico.

CONCLUSIÓN

A modo de síntesis, la evaluación neuropsicológica del adulto mayor se diferencia de cualquier evaluación neuropsicológica por el rango etario de los sujetos evaluados y todas las variables que se asocian a este. Desde el punto de visto cognitivo, afectivo y conductual, pueden encontrarse una serie de cuadros patológicos; sin embargo, los trastornos neurocognitivos leves y mayores y el trastorno comportamental leve son los que frecuentemente motivan la valoración neuropsicológica. El desafío de una evaluación neuropsicológica del adulto mayor está en que esta debe ser transdisciplinaria, multisistémica y con instrumentos, técnicas y/o formas de abordaje (tanto cuantitativos como cualitativos) apropiados a pacientes que se encuentran en esta etapa del ciclo vital.

BIBLIOGRAFÍA

1. García-Molina A, Tirapu-Ustárroz J, Roig-Rovira T. Validez ecológica en la exploración de las funciones ejecutivas. Anales de psicología 2007; 23 (2): 289-299.

2. Hebben N, Milberg W. Fundamentos para la evaluación neuropsicológica. 1ª ed. México: Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.; 2011.
3. Jurado M, Pueyo R. Doing and reporting a neuropsychological assessment. Int J Clin Health Psychol 2012; 12(1): 123-141.
4. Díaz-Orueta U, Blanco-Campal A, Burke T. Evaluación neuropsicológica basada en los procesos: revisión de la evidencia y propuesta para la mejora de las herramientas de cribado de demencia. Rev Neurol 2017; 64 (11): 514-524.
5. Carretero-Dios H, Pérez C. Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales: consideraciones sobre la selección de tests en la investigación psicológica. Int J Clin Health Psychol 2007; 7(3): 863-882.
6. Morrison J. DSM-5 Guía para el diagnóstico clínico. 1ª ed. México: Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.; 2015.
7. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 5ª ed. España: Editorial Médica Panamericana; 2014.
8. Romero D. Actividades de la vida diaria. Anales de psicología 2007; 23 (2): 264-271.
9. Chumpitaz Y, Moreno C. Nivel de funcionalidad en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria del adulto mayor. Rev enferm Herediana 2016; 9 (1): 30-36.
10. Agüera-Ortiz L, López-Álvarez J, del Nido-Varo L, Soria E, Pérez-Martínez D, Ismail Z. Deterioro comportamental leve como antecedente de la demencia: presentación de los criterios diagnósticos y de la versión española de la escala MBI-C para su valoración. Rev Neurol 2017; 65 (7): 327-334.
11. Lezak M, Howieson D, Bigler E, Tranel D. Neuropsychological Assessment. 5ª ed. New York: Oxford University Press, Inc; 2012.
12. Mora-Simón S, García-García R, Perea-Bartolomé M, Ladera-Fernández V, Unzueta-Arce J, Patino-Alonso M, Rodríguez-Sánchez E. Deterioro cognitivo leve: detección temprana y nuevas perspectivas. Rev Neurol 2012; 54 (5): 303-310.
13. Bilbao-Bilbao A, Seisdedos N. Eficacia de una fórmula de estimación de la inteligencia premórbida en la población española. Rev Neurol 2004; 38 (5): 431-434.
14. León I, García J, Roldán-Tapia L. Construcción de la escala de reserva cognitiva en población española: estudio piloto. Rev Neurol 2011; 52(11):653-660.
15. Organización Mundial de la Salud. Medición de la salud y la discapacidad: manual para el cuestionario de evaluación de la discapacidad de la OMS. Organización Mundial de la Salud; 2015.
16. Casas E, Escandell M, Ribas M, Ochoa S. Instrumentos de evaluación en rehabilitación psicosocial. Rev Asoc Esp Neuropsiq 2010; 30 (105): 25-47.
17. Gleichgerrcht E, Camino J, Roca M, Torralva T, Manes F. Assessment of Functional Impairment in Dementia with the Spanish Version of the Activities of Daily Living Questionnaire. Dement Geriatr Cogn Disord 2009; 28: 380-388.
18. Muñoz-Neira C, López O, Riveros R, Nuñez-Huasaf J, Flores P, Slachevsky A. The 'Technology – Activities of Daily Living Questionnaire': a versión with a technology-related subscale. Dement Geriatr Cogn Disord 2012; 33 (6): 361-371.
19. Pedrero-Pérez E, Ruiz-Sánchez de León J, Morales-Alonso S, Pedrero-Aguilar J, Fernández-Méndez L. Sintomatología prefrontal en la vida diaria: evaluación de cribado mediante el inventario de síntomas prefrontales abreviado (ISP-20). Rev Neurol 2015; 60 (9): 385-393.
20. Vilalta-Franch J, Lozano-Gallego M, Hernández-Ferrándiz M, Llinàs-Reglà J, López-Pousa S, López O. Neuropsychiatric inventory. Propiedades psicométricas de su adaptación al español. Rev Neurol 1999; 29 (1): 15-19.
21. Breinbauer H, Vásquez H, Mayanz S, Guerra C, Millán T. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. Rev Méd Chile 2009; 137: 657-665.

SECCIÓN V

GENERALIDADES EN EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA MENTAL DEL ADULTO MAYOR

PSICOFÁRMACOS EN EL ADULTO MAYOR: GENERALIDADES

Julio José Herrera Mingorance

RESUMEN

El envejecimiento de la población a nivel mundial, se ha visto acompañado del aumento de múltiples patologías médicas y las psiquiátricas. Esto ha generado el aumento en el uso psicofármacos para su manejo. El uso de psicofármacos en los adultos mayores (AM), no está exento de dificultades, entre otros motivos, por el escaso número de estudios clínicos enfocados al uso de fármacos en este grupo etario. En general, la información es obtenida de extrapolaciones de estudios realizados en poblaciones más jóvenes, con edades que varían entre los 50 y 60 años.

Como sabemos, con el proceso de envejecimiento, el cuerpo va sufriendo múltiples cambios (a nivel hepático, renal y gástrico por nombrar algunos), los cuales afectan la farmacocinética y farmacodinamia, provocando muchas veces la aparición de efectos secundarios indeseables al utilizar los psicofármacos. Para poder tener un mejor manejo de estas situaciones, a las que nos enfrentamos con frecuencia en la clínica diaria, es que en este capítulo nos centraremos en realizar una descripción general de los principales psicofármacos utilizados en las patologías psiquiátricas que afectan a nuestros AM, cuáles son sus mecanismos de acción y los efectos secundarios más frecuentes con los que nos podemos encontrar. Es importante dejar en claro que en este capítulo no se realizará un detalle del tratamiento de cada una de las patologías neuropsiquiátricas que afectan al AM, ya que cada uno ha sido tratado en detalle en capítulos anteriores.

INTRODUCCIÓN

Desde el año 2000, la esperanza de vida ha registrado avances notables. El avance de las ciencias de la salud, de la alimentación y la farmacología, han logrado prevenir y

curar muchas patologías, aportando soluciones a problemas antes fatales para la población. Esto ha generado un espectacular aumento en la expectativa de vida, especialmente de los países desarrollados, provocando un envejecimiento de la población mundial y como consecuencia, un aumento en la incidencia de patologías propias de esos grupos etarios.

La esperanza de vida sana, por la que se miden los años de buena salud que un niño nacido en 2015 puede esperar disfrutar, es de 63,1 años a escala mundial (64,6 años para las mujeres y 61,5 años para los hombres). [1-3]

El crecimiento poblacional general, de los últimos 10 años ha sido del 13.6% en la población general, mientras que el de los mayores de 65 años, fue de 42.76%. La OMS, estima que el número de personas mayores de 65 años, actualmente ha superado al de niños de cinco años, y que en 2050 los mayores de 65, sobrepasaran a la población de menos de 14. [3]

VEJEZ Y ENFERMEDAD

El proceso de envejecimiento normal, implica un declive gradual de neurotransmisores y de la eficiencia sináptica, que se traduce en vías de comunicación y transcripción genética más lentas o disfuncionales, síntesis de proteínas, neurotrofinas, receptores, enzimas, canales iónicos y segundos mensajeros que disminuyen en sensibilidad y función, provocando disminución de la comunicación interneuronal dentro de los circuitos reguladores. Justamente por ello, la indicación de psicofármacos en personas mayores, a menudo se considera compleja.

Veamos por ejemplo lo que ocurre en la mayoría de los países desarrollados, donde el 30% del presupuesto farmacéutico, corresponde al 12% de la población mayor, con 3 a 4 veces más recetas de pacientes de más de 65 años, que en menores de esta edad. [5,7]

Cuando se indican medicamentos, una de las complicaciones que ocurren específicamente, son las reacciones adversas, que se presentan con mayor frecuencia y gravedad en los ancianos.

Los signos y síntomas, son variados y a veces atípicos, siendo los fármacos más agresivos: Los agentes cardiovasculares, psicotrópicos, anticoagulantes y fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs).

Algunas reacciones adversas, son intrínsecamente debidos al envejecimiento, mientras que otros pueden ser corregidos. Estos factores de riesgo que consideramos prevenibles, están relacionados tanto con los medicamentos en sí, como con el comportamiento de los médicos y los pacientes.

PSICOFÁRMACOS Y TRATAMIENTO

La prioridad de todo tratamiento psicofarmacológico debe ser, mejorar la calidad de vida. Durante los últimos años, se han realizado diversos esfuerzos para mejorar el tratamiento psicofarmacológico de los AM, principalmente tratando de evitar aquellos medicamentos considerados “inapropiados”.

Al respecto, se han publicado varios trabajos enfocados en el criterio para clasificar prescripciones inapropiadas. Casi todos ellos, se enfocan en el uso de pruebas específicas en pacientes adultos mayores en forma individual. Por ejemplo: [6]

1. Criterios de Beers
2. Herramienta para mejorar adecuación de la prescripción en mayores (IPET)
3. Herramienta de detección de prescripciones potencialmente inapropiadas en AM (STOPP)
4. Criterios de Mc Leod
5. Índice de Adecuación de Medicación (MAI)

La eficacia de los psicofármacos es al menos similar (en la teoría) a la esperada en edades tempranas, sin embargo, es imprescindible conocer algunas diferencias y características propias, por ejemplo, las diferencias farmacocinéticas, farmacodinámicas y las interacciones con otros fármacos, sin olvidar que en estos pacientes es muy frecuente la polifarmacia y la menor tolerancia a los efectos secundarios indeseables. Todo esto torna a los mayores mucho más sensibles a los efectos secundarios de los psicofármacos.

La farmacoterapia puede complicarse por múltiples factores, por ejemplo:

- Polimedicación e interacciones medicamentosas
- Condiciones clínicas preexistentes.
- Efectos fisiológicos relativos a la edad.
- Influencias farmacocinéticas y farmacodinámicas
- Reducción de expectativas de vida y capacidad funcional.
- Trastornos cognitivos.

Debido a lo mencionado anteriormente, si queremos indicar correctamente este grupo de fármacos, hay que comenzar por conocer la Farmacocinética y la Farmacodinamia.

FARMACOCINÉTICA (EFECTO SOBRE LOS TEJIDOS):

No todos los cambios relacionados con la edad en la farmacocinética tienen implicancia significativa. Por ejemplo, la absorción del fármaco no cambia notablemente con la edad. [17, 18]

Los cambios en la composición de grasa y músculo, principalmente una disminución en la masa corporal total y el aumento resultante en la grasa corporal son más probales de afectar la distribución de drogas de manera crítica, aumentando la distribución y la acumulación de lípidos solubles. Sin embargo, la farmacocinética más importante

relacionada con la edad, implica cambios en la eliminación de medicamentos, ya sea a través del metabolismo hepático y/o excreción renal.

Las dosis dependerán de: cantidad disponible en un lugar determinado, que es lo que se denomina biodisponibilidad, distribución, metabolismo e índice de excreción.

Veamos que ocurre con cada uno de ellos [5]

BIODISPONIBILIDAD

Absorción

La secreción basal, la acidez y la máxima secreción de jugo gástrico disminuyen con la edad, del mismo modo que la motilidad gastro-intestinal, la superficie de absorción, la circulación intestinal y la involución de los procesos celulares, aunque estos efectos se consideran clínicamente poco significativos, debido a que la mayoría de los psicofármacos se absorben por difusión pasiva, es decir, pasan en funcion del gradiente de concentración, de mayor a menor densidad. Drogas que modifican la motilidad gastrointestinal como los opiáceos, anticolinérgicos o antidepresivos tricíclicos, dificultan la absorción en una forma más importante que en los jóvenes.

Distribución

Se va afectando por los cambios en la composición del cuerpo, fundamentalmente en órganos de perfusión lenta, cerebro y tejido graso.

Los cambios relacionados con la edad en el volumen de distribución del fármaco y la unión a proteínas, son motivo de preocupación en el tratamiento crónico.

Veamos los porcentajes comparados: Tabla 1.

TABLA 1

ORGANO	ADULTO	ANCIANO
Grasa	15%	30%
Tejidos	17%	12%
Hueso	6%	5%
Componente intracelular	42%	33%
Componente extracelular	20%	20%
Agua corporal	53%	61%
Masa corporal	19%	12%

Si el contenido de agua del cuerpo que envejece disminuye, y el de grasa aumenta, el volumen de distribución de los psicofármacos hidrófilos (clozapina, tioridazina, sulpirida, y lamotrigina), puede reducirse, lo que da como resultado, un aumento de sus concentraciones plasmáticas.

Recordemos que la mayoría de los fármacos se unen a proteínas plasmáticas para circular en el organismo, con el envejecimiento, la unión de los fármacos a proteínas plasmáticas disminuye. A mayor edad e igualdad de dosis, se produce una disminución especialmente de la concentración de albúmina, lo que se traduce en menor "binding" en suero, y como consecuencia aumenta la fracción libre del fármaco. Justamente esta fracción libre, es la que tiene capacidad terapéutica, ya que puede actuar en los receptores celulares, atravesar las membranas celulares, acceder a las enzimas y, de esta forma, distribuirse por todo el organismo, además de experimentar procesos metabólicos y de excreción (principalmente renal).

Estas modificaciones pueden ocasionar cambios en la distribución farmacológica, lo cual tiene relevancia clínica cuando el fármaco se encuentra unido en una proporción superior al 90% de su cantidad total presente en el plasma.

Metabolismo

El flujo sanguíneo del hígado disminuye en aproximadamente un 35% entre la edad adulta temprana y la vejez, y el tamaño del hígado en aproximadamente un 24-35% durante el mismo período. [21, 22]

Las causas principales, son: Disminución de la permeabilidad de la membrana celular del hepatocito, de la concentración del citocromo P450, del sistema de NADPH, de la enzima citocromo P450 reductasa, y alteraciones en la concentración de enzimas o hemoproteínas celulares.

El aclaramiento metabólico se reduce principalmente con fármacos que muestran alta extracción hepática, mientras que el metabolismo de fármacos con baja extracción hepática no suele disminuir.

Por lo tanto el metabolismo de primer paso de fármacos orales eliminados por el hígado, y la eliminación de fármacos de metabolización hepática con capacidad limitada, disminuyen paralelamente a la disminución del tamaño del hígado, y el aclaramiento de fármacos con una alta tasa de extracción hepática disminuye paralelamente a la disminución de la sangre hepática.

Por ejemplo, las Benzodiacepinas de acción intermedia y prolongada, son más susceptibles de acumulación, y son las que necesitan mayores ajustes de dosis y/o intervalos entre las mismas, aconsejamos reducirlas a la mitad, tratando de evitar la vía intravenosa por la posibilidad de producir apneas.

Esta reducción del aclaramiento metabólico, es especialmente pronunciada en pacientes desnutridos o frágiles.

Se debe tener en cuenta que el tabaquismo, por acción de la nicotina, incrementa la inducción de enzimas microsomales hepáticas.

Excreción

La masa renal disminuye desde alrededor de 260 gr a menos de 200 gr a los 80 años.

La eliminación renal también experimenta una disminución en el filtrado glomerular, que comienza a decaer a partir de 4º década, entre un 6-10% cada 10 años.

Así llegamos que hacia los 70 años, se ha perdido cerca del 50% de la función renal.

Por ejemplo, el litio, debe ser monitoreado estrechamente por las variaciones más evidentes del clearence renal, teniendo especial cuidado con su interacción con diuréticos o con las dietas hiposódicas.

Aparte de estos cambios farmacocinéticos, una de las características de la vejez es una disminución progresiva de los mecanismos contrarreguladores (homeostáticos). Por lo tanto, los efectos de los medicamentos se atenúan menos. Las respuestas suelen ser más fuertes que en los sujetos más jóvenes, la tasa y la intensidad de los efectos adversos son más altas.

Ejemplos de acciones farmacológicas aumentadas son la hipotensión postural con agentes que disminuyen la presión arterial, la deshidratación y las alteraciones electrolíticas en respuesta a diuréticos, complicaciones hemorrágicas con anticoagulantes orales, hipoglucemia con antidiabéticos e irritación gastrointestinal con fármacos antiinflamatorios no esteroideos.

La evidencia actual sugiere que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) se deben evitar especialmente en pacientes de edad, con enfermedad renal debido al riesgo de hiponatremia

En resumen, podemos afirmar que los pacientes con edad avanzada poseen cambios fisiológicos en su estructura biológica que influencian la absorción, distribución, transporte plasmático, metabolismo y excreción de los fármacos, por lo que debemos considerarlos en forma integral de acuerdo con el déficit biológico que puedan padecer a fin de que la terapéutica farmacológica sea realmente racional y beneficiosa para ellos.

FARMACODINAMIA

Estudia los mecanismos de acción de los fármacos, y los efectos bioquímicos/fisiológicos que estos producen en el organismo.

En cuanto a los efectos de los psicofármacos en general, los mecanismos subyacentes a tales cambios, por el momento, no se entienden completamente. La principal hipótesis, está relacionada con las modificaciones en los niveles hormonales, alteración del metabolismo de la glucosa, y una circulación cerebrovascular reducida, todo esto contribuye a un aumento de la sensibilidad farmacodinámica a la acción central de drogas.

MECANISMOS DE ACCIÓN DE LOS PRINCIPALES PSICOFÁRMACOS

BENZODIACEPINAS (BDZ):

La mayoría producen ansiolisis, sedación, hipnosis, efectos anticonvulsivantes y miorrelajantes. No hay diferencias sustanciales entre ellas, basándose su uso clínico en su eficacia relativa para algunos de estos efectos, y en sus propiedades cinéticas.

A dosis adecuadas reducen el tono muscular, aunque en la práctica, la acción miorrelajante coexiste con un cierto grado de efecto sedante. La acción anticonvulsivante, requiere dosis elevadas, con eficacia similar a la de los barbitúricos, aunque su índice terapéutico es mayor.

Mecanismo de acción molecular

Facilitan la acción inhibitoria central producida por la fijación del GABA a su receptor (GABA-A), a través del cual se produce un reforzamiento de la conductancia al Cloro por medio de los canales regulados por GABA-. Tanto el GABA como las BDZ, se fijan a sitios independientes sobre el mismo complejo receptor-canal iónico, potenciando cada uno la afinidad del otro por sus sitios de fijación. Las BDZ no activan el receptor GABA-A, sino aumentan su afinidad por el GABA.

El receptor GABA-A, como el receptor nicotínico, consiste en la combinación de varias subunidades (Alfa, beta, gama y delta) rodeando un canal central.

Según la unidad alfa, existen dos subtipos de receptores benzodiacepínicos (BZ1 y BZ2), con diferentes propiedades farmacológicas.

Efectos Secundarios más comunes: Sedación, fatiga, depresión, vértigo, ataxia, dificultad para hablar, debilidad muscular, compromiso de conciencia y amnesia. Poco Frecuentes: Nerviosismo, excitación psicomotora, sequedad de boca.

Ansioliticos no benzodiazepinicos (Zopiclona, Zolpiden, Zaleplon y Eszopiclona)

Se unen de forma selectiva a un subtipo de receptor BZ, la isoforma alfa 1, de esta manera mejoran las capacidades inhibitorias del GABA, con acción hipnótico-sedante más selectiva q las otras acciones del GABA, y aumentan el paso del Cloro a través de los canales regulados por GABA.

Efectos Secundarios más comunes: Sedación diurna, amnesia, ataxia, trastornos del gusto, mareos, sequedad de boca, cefaleas. Poco Frecuentes: Aumento de peso

ANTIDEPRESIVOS

Tricíclicos e IMAO

Los primeros medicamentos antidepresivos Tricíclicos (ATC), y los inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO), fueron efectivos porque mejoran los mecanismos serotoninérgicos y noradrenérgicos. Lamentablemente los ATC también bloquean los receptores histamínicos, colinérgicos y alfa1-adrenérgicos, lo que provocó efectos secundarios no deseados. [23]

Efectos Secundarios más comunes de los ATC: Aumento de peso, sequedad de boca, estreñimiento, somnolencia, visión borrosa, retención urinaria, acidez, hipotensión postural, cansancio, debilidad, cefaleas, nerviosismo, inquietud, disfunción sexual y mareos. Efectos que impliquen riesgo vital: Ileo paralitico, hipertermia, disminución del umbral convulsivo, hasta crisis ocasionales, muerte súbita, arritmias, prolongación del QTc, fallo hepático, síntomas Extrapiramidales, glaucoma de ángulo estrecho. [19, 20]

Los IMAO pueden interactuar con la tiramina para causar hipertensión potencialmente letal, y presentar interacciones potencialmente peligrosas con una serie de medicamentos y medicamentos de venta libre.

Efectos Secundarios más comunes: Agitación, ansiedad, insomnio, mareos, hipotensión postural (dosis dependiente), estreñimiento, aumento de apetito, de peso y disfunción sexual. Efectos que impliquen riesgo vital: Crisis hipertensivas (efecto tiraminico), convulsiones y hepatotoxicidad.

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)

Los ISRS, se denominan así por su capacidad de bloquear la recaptura de este neurotransmisor en el nivel de los receptores presinápticos 1A, 2C y 3C (5-HT1A, 5-HT2C y 5-HT3C) acoplados a la proteína G, aumentando en consecuencia la cantidad de serotonina disponible en este sistema, induciendo una cascada de efectos bioquímicos.

Esta activación inicial de los autorreceptores, cuya función es inhibitoria, atenúa la liberación de serotonina por las neuronas, debiendo transcurrir varias semanas (como mínimo 2 o 3), para que estos autorreceptores se desensibilicen, y permitan el incremento en la neurotransmisión responsable de la mejoría clínica que producen.

Las neuronas serotoninérgicas se encuentran principalmente en los núcleos del Rafe medio en el tallo cerebral, desde el bulbo hasta el mesencéfalo.

La evidencia actual, sugiere que se deben dar con extremo cuidado en personas mayores con enfermedad renal debido al riesgo de hiponatremia.

Antidepresivos duales

La última generación de antidepresivos, aquellos que actúan en receptores múltiples como son la venlafaxina, duloxetina, mirtazapina, bupropión, trazodona y nefazodona, se dirigen a uno o más sitios específicos del receptor cerebral.

Actúan estimulando neurotransmisores, bloqueando la bomba de recaptación de serotonina y noradrenalina, generando un aumento en la neurotransmisión. También se ha visto que actúan sobre la bomba de recaptación de dopamina, pero con bastante menor intensidad, desensibilizan receptores 5HT1A y beta adrenérgicos

ANTIPSICÓTICOS O NEUROLÉPTICOS:

Todos tienen un mecanismo de acción común (aunque no único): El efecto antidopáminérgico, bloqueando los receptores dopaminérgicos en el SNC. Actualmente

se han identificado receptores dopaminérgicos presinápticos D1, D2, D3, D4 y D5.

La activación del receptor D1, produce activación de la adenilciclasa e incremento de los niveles intracelulares de AMPc. La de los D2 produce inhibición de la adenilciclasa, del metabolismo de los fosfoinositoles de la membrana (disminución de los segundos mensajeros originados en dichos lípidos), y apertura de los canales de K+. El D3, semejante al D1 y D2, sus funciones no han sido todavía totalmente clarificadas.

La intensidad de la acción antagonista competitiva, es proporcional al efecto terapéutico. El bloqueo de estos receptores, es fundamental en el mecanismo de acción, que estaría relacionado con el bloqueo D2, reduciendo los síntomas positivos.

También bloquean otros receptores en el sistema nervioso central. Justamente las diferencias entre ellos, se deben a su afinidad por los distintos receptores dopaminérgicos, serotonérgicos y por otros subtipos de receptores. En concentraciones terapéuticas, bloquean también los receptores de serotonina 5-HT2 y, con diferente sensibilidad, algunos otros subtipos de receptores noradrenérgicos, colinérgicos e histaminérgicos. Siendo importante el receptor 5-HT2A, al reforzar la liberación de dopamina en ciertas zonas, induciendo un aumento de la liberación de dopamina, reducir los eventos adversos motores y posiblemente mejorar los síntomas cognitivos y afectivos. También bloquean receptores alfa 1, alfa 2, e histaminérgicos centrales.

EJEMPLO Y CONSIDERACIONES EN EL USO DE PSICOFÁRMACOS: MANEJO DE LA ANSIEDAD EN EL AM

ANSIEDAD

Aunque en los pacientes mayores, las benzodiazepinas (BZD) se recetan comúnmente para la ansiedad, su uso a largo plazo, causa efectos adversos graves, como somnolencia diurna y deterioro cognitivo. Como ejemplo de ello, mencionamos un amplio estudio realizado en Japón sobre 92.005 personas donde se evaluaron prescriptores y pacientes con uso a largo plazo, a partir de una encuesta retrospectiva, consultando el registro de prescripción de 12 años de un hospital universitario. Durante este período, tanto el número de prescripciones (2.722 en 2004 a 1.019 en 2016) como la cantidad de BZD (1,73 en 2004 a 1,36 en 2016) disminuyeron gradualmente, aunque más de la mitad de los pacientes continuaron tomándolas durante más de tres años. [8]

Los factores de alto riesgo para su uso a largo plazo [9], incluyen pacientes ancianos (> 65 años), dosis altas (> 5 mg de diazepam o su equivalente por día), psiquiatras prescriptores (contraponiéndolos con médicos generales) y usuarios con politerapia.

Por otro lado, el uso a largo plazo, conlleva el riesgo de dependencia y síndrome de abstinencia. Si bien, no es común, ciertos pacientes pueden experimentar síntomas como insomnio de rebote y ansiedad, después de solo 2-4 semanas de tratamiento. [15]

En general las BZD no se recomiendan en la población geriátrica, especialmente para el uso a largo plazo. En comparación, los sedantes hipnóticos que no son benzodiazepínicos, parecen ofrecer pocas ventajas clínicas, en cuanto a su eficacia o tolerabilidad. Dosis moderadas, pueden llegar a deprimir ligeramente el centro respiratorio, y en administración IV rápida pueden provocar depresión respiratoria aguda y apnea [12, 13, 14]

El uso a largo plazo de sedantes-hipnóticos, carece de evidencia y tradicionalmente se ha desalentado por razones que incluyen preocupaciones sobre posibles efectos adversos, como deterioro cognitivo (amnesia anterógrada), sedación diurna, incoordinación motora y aumento del riesgo de accidentes con la conducción de vehículos y de caídas

CONCLUSIÓN

La intervención psicofarmacológica en pacientes de edad avanzada, requiere consideraciones cuidadosas por los cambios metabólicos, la comorbilidad médica y la polifarmacia que presentan los AM. En general los mayores presentan efectos adversos en un nivel sérico relativamente más bajo, por lo que recomendamos una dosis inicial más baja y una titulación lenta.

Se requiere más invetigación científica orientada en nuestros AM, para establecer una sólida base de conocimientos, por lo que es necesario, incluirlos en ensayos clínicos apropiados. Sin embargo y por el momento, la investigación de SNC en mayores, es escasa, y hasta que se pueda cambiar la situación, es nuestro deber optimizar el uso de los psicofármacos actualmente disponibles, utilizando las herramientas a nuestro alcance, como el monitoreo de fármacos, el genotipado y el fenotipado de las enzimas CYP.

Por otro lado, no debemos olvidar nuestro rol de médicos y estar chequeando constantemente el tratamiento médico y la provisión de atención médica para nuestros mayores con patología psíquica. La indicación de la terapia psicofarmacológica debe reevaluarse periódicamente, sin dejar de tratar en forma óptima a este grupo etario. Se deben evitar cambios abruptos en la dosificación. Recordemos que el cerebro es un objetivo farmacológico especialmente sensible en la vejez.

Realizar los mayores esfuerzos para que nuestros AM, pasen la mayor parte de su vida en la comunidad en buenas condiciones de salud, requiere de la disposición de la sociedad, y de una adecuada formación de los médicos. Un uso racional y adecuado de los psicofármacos, ayudan a cumplir con gran parte de este anhelo.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Comunicado de prensa. 19 de mayo de 2016, Ginebra.

2. OMS. Demencia: Una prioridad de salud publica. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2013.
3. OMS. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Organización Mundial de la Salud; 2015.
4. ONU. Informe de la Segunda Asamblea Mundial: Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Nueva York: Organización de Naciones Unidas; 2002.
5. Hovstadius B, Petersson G, Hellström L, Ericson L. Trends in Inappropriate Drug Therapy Prescription in the Elderly in Sweden from 2006 to 2013: Assessment Using National Indicators. Drugs Aging 2014; 31(5):379–386
6. Papalia D, Camp C, Feldman R. Adult Development and Aging. McGraw-Hill Company; 1996.
7. Hata T, Kanazawa T, Hamada T, Nishihara M, Bush AI, Yoneda H. What can predict and prevent the long-term use of benzodiazepines?. J Psychiatr Res. 2018; 97: 94-100
8. Nishimura S, Nakao. Cost-effectiveness analysis of suvorexant for the treatment of Japanese elderly patients with chronic insnomnia in a virtual cohort. M. J Med Econ. 2018 Apr; 18: 1-13.
9. Jaffer K; Chang T; Vanle B, Dang J, Steiner A, Loera B, Abdelmesseh M et al. Trazodone for Insomnia: A Systematic Review. Innov Clin Neurosci. 2017;14 (7-8): 24-34
10. Schroeck J, Ford J, Conway E, Kurtzhalts K, Gee M, Vollmer K, Mergenhagen K. Review of Safety and Efficacy of Sleep Medicines in Older Adults. Clin Ther. 2016 Nov; 38 (11): 2340-2372
11. Bain K. Management of chronic insomnia in elderly persons. Am J Geriatr Pharmacother. 2006 Jun; 4 (2): 168-92.
12. Brahma D, Wahlang J, Marak M, Sangma M. Adverse drug reactions in the elderly. J Pharmacol Pharmacother. 2013 Apr-Jun; 4 (2): 91-94.
13. Turnheim K. Drug therapy in the elderly. Exp Gerontol. 2004; 39 (11-12): 1731-8.
14. Farmacología Geriátrica capítulo 5: farmacocinética e interacciones entre drogas en geriatría Malgor-Valsecia.
15. Zasshi S. Drug therapy in the Elderly. 2012; 114 (6): 719-25.
16. Peters R. Clinical issues on prescribing psychotropics for elderly patients. Ageing and the brain. Postgrad Med J 2006; 82 (964): 84-8.
17. Dickstein DL, Kabaso D, Rocher AB, et al. Changes in the structural complexity of the aged brain. Aging Cell 2007; 6 (3): 275-84
18. Sultana J, Spina E, Trifirò G. Antidepressant use in the elderly: the role of pharmacodynamics and pharmacokinetics in drugsafety. Expert Opin Drug Metab Toxicol. 2015 Jun;11 (6): 883-92
19. Artigas F, Nutt DJ, Shelton R. Mechanism of action of antidepressants. Psychopharmacol Bull. 2002 Summer; 36 Suppl 2: 123-32.
20. Borrás C, Ribes J. Neurophysiology and ageing. Definition and pathophysiological foundations of cognitive impairment. Revista Española de Geriatría y Gerontología.2016; 51 (1): 3-6
21. Anderson S, Vande J. Quetiapine for insomnia: A review of the literature. Am J Health Syst Pharm. 2014; 71 (5): 394-402
22. Grandi F, Ustárroz J. Neurociencia cognitiva del envejecimiento: modelos explicativos. Revista Española de Geriatría y Gerontología. 2017: 52 (6): 326-33.
23. Page A. Taking Antidepressants: Myths vs. Facts. Disponible en: https://www.healthcentral.com/common/includes/guides/guides/depression/Antidepressants.pdf?1335993187

LA PSICOTERAPIA EN EL ADULTO MAYOR

Pablo Santander

RESUMEN

El presente capítulo aborda el tema de la psicoterapia en esta etapa específica del desarrollo, con sus dificultades y sus especificidades. Intenta ir desde la idea de la salud mental de este periodo a los problemas psicológicos más frecuentes, y las temáticas de conflicto más comunes. Posteriormente aborda aspectos técnicos que todo profesional puede adquirir, para dar herramientas psicoterapéuticas e intentar facilitar el abordaje y profundizar la relación de tratamiento con el adulto mayor, de una forma más integral. Se profundiza en los conceptos de transferencia y contratransferencia, como elementos de utilidad a tomar en consideración en estos tratamientos. Se considera de importancia la consideración tanto de la elaboración del proceso interno, como la importancia y consideración de su realidad personal, familiar y social.

INTRODUCCIÓN

En el presente capítulo se aborda un importante aspecto dentro del enfrentamiento clínico del adulto mayor. Se trata de lo que en todo tratamiento, en mayor o menor medida se requiere, el cual es la psicoterapia. Como se sabe, la etapa de vida del adulto mayor es una época de esta que implica enfrentar diversas cuestiones que vienen dadas tanto por la realidad de la vida misma, en cuanto a los duelos ya vividos y por venir, además de los elementos dados por la sociedad y la cultura en que vivimos, en cuanto a la función y lo que se espera de las personas en esta etapa, ya sea familiarmente, o en cuanto al rol social.

Muchas veces existe una minimización o una incomprensión de la necesidad que en esta etapa existe de elaborar tanto las experiencias pasadas como las actuales. Se podría considerar que esta minimización se encuentra también en cuanto a la evaluación de la sintomatología emocional misma. Esta situación ha llevado a que la temática de este

capítulo ha sido, como se verá, desconsiderada históricamente. Las razones de esto serán revisadas durante este capítulo, al abordar los problemas que puede enfrentar el terapeuta con estos pacientes.

De esta forma, se realiza una mirada general de las principales conflictivas a enfrentar en esta importante etapa del desarrollo. Se hace un énfasis en ciertas dinámicas que son de utilidad en toda entrevista a un paciente geriátrico para evaluar el logro de la llamada salud mental, como para considerar en forma preventiva la carencia de esta. La falta de una adecuada salud mental, predispondrá a patologías psiquiátricas, como son por ejemplo la depresión mayor, el trastorno ansioso, o simplemente la agudización de ciertos rasgos de personalidad que dificultarán las relaciones sociales del paciente. Esta falta genera una conocida disconformidad con la vida, y un descontento general, que el clínico tendrá que abordar.

En general, usamos la teoría psicoanalítica en la comprensión, sin embargo, no se requiere un conocimiento profundo de esta para su entendimiento, ni para su utilización en la práctica clínica, en cuanto a los postulados de este capítulo.

Esperamos que el presente capítulo sea de utilidad en el abordaje de un aspecto que consideramos de gran relevancia en la atención de los pacientes geriátricos, y así que pueda dar elementos de comprensión de las conflictivas a desarrollar en esta etapa de la vida, de forma que el terapeuta pueda colaborar y comprender a su paciente en las dinámicas de vida, así como estar atentos a las propias dinámicas del propio clínico al abordar este tipo de pacientes. Pensamos honestamente que esta es una dimensión que puede aportar al clínico un enriquecimiento en su práctica clínica habitual, y será gratamente recibida por su paciente, así como preparará al clínico para que pueda vivir esta etapa con una adecuada elaboración de esta etapa.

SOBRE LA PSICOTERAPIA

Para comenzar quisiera abordar en forma general lo que se entiende por psicoterapia, y de ahí ver las peculiaridades que se presenta en una psicoterapia en un paciente de edad.

La psicoterapia consiste en una forma de alivio de la sintomatología que trae el paciente por medio de una interacción verbal. Por cierto, esto es muy amplio, y de hecho, existen diversos tipos de psicoterapia, con diversas perspectivas, pero lo que resulta básico y fundamental es la conducta de escucha de las angustias y preocupaciones del paciente. La verdadera recepción de estas ansiedades, acompañado de una conducta empática, la que debe ser un honesto sentimiento de interés. La empatía tiene un elemento de ponerse en el lugar del paciente, y desde ahí comprender al paciente en lo que siente. Estos son elementos bastante generales, que de por sí ya tienen elementos terapéuticos. Muchas veces nuestros pacientes no tienen un lugar donde puedan expresarse tranquilamente sin ser enjuiciados, donde puedan expresar sus verdaderos temores y angustias, sus sentimientos genuinos con respecto a la muerte, por ejemplo, que es una de las temáticas a enfrentar en este período.

En la atención de adultos mayores en particular, la psicoterapia implica enfrentar a una persona con la necesidad de ser escuchado. Habitualmente es un paciente que tiene algún grado de limitación física, y que se encuentra en una situación social particular. En este respecto, pudiera tener enfermedades de carácter crónico que conlleva cuidados o limitaciones particulares, que nuestro paciente ha debido enfrentar, habiendo, por otro lado, un contexto familiar y social particular. En lo familiar, puede estar en una condición de cierto aislamiento, o retraimiento. En lo social, habitualmente ya se ha retirado de la actividad a la que dedicó su vida, dando paso a que la generación venidera se hiciera cargo. Por último, si bien los aspectos recién relatados implican ciertos duelos que todo paciente debe realizar, existen duelos concretos de pérdidas de personas queridas que se han vivido, ya sean esposa/o, amigos, y gente cercana que ha muerto y ha dejado con una mayor sensación de soledad y aislamiento.

Estos diferentes aspectos recién descritos constituyen elementos particulares de esta etapa del ciclo vital, el cual implica tanto elementos internos personales, como familiares y sociales. En gran medida, la posibilidad de elaborar estos diferentes elementos, que en definitiva constituyen hechos de la vida, y del paso del tiempo, va a posibilitar un adecuado enfrentamiento de la situación vital. En términos generales, esta es la particularidad de la psicoterapia en esta etapa de la vida [3].

Lamentablemente, la psicoterapia en el adulto mayor, ha recibido poca atención específica. Con esto me refiero a una atención en su particularidad, en relación a los elementos específicos que esta implica. En este sentido, la investigación, especialmente de carácter cualitativo, es pobre, y, por otro lado, el estudio específico, esto es, el que en los centros formadores de psicoterapeutas, se enseñe sobre esta con las particularidades correspondientes, lo que en general tampoco ocurre. Constatando esto, solo decimos que en este aspecto se ha mantenido una conducta que es propia de un cierto desdén que se da en una forma más general frente a este grupo etario. Se reproduce entonces el aislamiento que vemos en otros aspectos en estos pacientes, el que por cierto es multicausal, pero que uno de sus aspectos tiene relación con una dificultad social en abordar y escuchar las temáticas propias de esta etapa.

Lo anterior, se opone al hecho que se constata de que las condiciones demográficas de nuestra sociedad muestran que existe un aumento porcentual y neto del número de adultos mayores, por lo que la necesidad de cambiar esta tendencia se hace cada vez más necesaria. Particularmente, esta ha sido la tendencia vista al interior del psicoanálisis. Inicialmente Freud consideró que no era posible el tratamiento de orientación psicoanalítico, ya que pensó que ya existía una rigidez caracterológica que impedía los cambios que se podían esperar a otra edad. Sin embargo lo anterior, posteriormente fue Freud mismo, y posteriormente su discípulo Karl Abraham quienes describieron buenas experiencias clínicas, con excelentes resultados aportados en terapias de adultos mayores. Desde ese periodo inicial, a nuestros días, ha existido un importante desarrollo sobre los aportes y beneficios de la psicoterapia y el abordaje integral de estos pacientes [5].

SOBRE LA SALUD MENTAL Y LA VEJEZ

La salud mental, en términos generales, ha sido definido como "Un sentimiento de bienestar emocional producto de la relación equilibrada y armónica entre la realidad interna y externa del individuo, manifestada por medio de un ajuste flexible y constructivo a la vida, con relaciones empáticas, productividad, objetividad, libertad y ponderación de juicio, así como estabilidad y positividad de la conducta y congruencia con su cuadro de valores humanos" [1]. Ahora, como veníamos viendo recién, la etapa de la vida de la que estamos hablando requiere ciertas particularidades, y debemos ver en que específicamente consiste esta.

En este sentido, Erick Erickson describió ocho etapas o crisis que atravesamos a lo largo de nuestra vida. La última etapa de ellas es la vejez. Cada una de estas etapas está vinculada, de una forma flexible a un periodo de nuestra vida. Ahora, para lograr la nueva tarea que requiere cada etapa, se requiere que la anterior haya sido lograda con éxito. Es así como por ejemplo, si en las primeras etapas no se logró una adecuada constancia objetal, esto va a acarrear dificultades en las siguientes etapas, y la verdad es que la experiencia así lo confirma. Esta última etapa se describe que transcurre desde aproximadamente los sesenta años, hasta la muerte (por supuesto que la edad es variable).

La tarea consiste en lograr una integridad con un mínimo de desesperanza. Ocurre un distanciamiento social, dado por factores como la jubilación. Se enfrenta un sentimiento de inutilidad biológica, debido a que el cuerpo ya no responde como antes. Aparecen enfermedades, y preocupaciones relativas a la muerte. Los amigos mueren, también familiares, que contribuye a un sentimiento de desesperanza. Como respuesta a este último sentimiento, algunos mayores se empiezan a preocupar por el pasado. Lo deseable es lograr una integridad del sentimiento de sí mismo, con un sentimiento de aceptación de la vida vivida. Si bien, se podría haber vivido de otra forma, hay una aceptación de la forma en que se vivió. Lo mal adaptativo es una presunción de una integridad, en la que se evita afrontar verdaderamente las dificultades de la senectud.

El logro de esta tarea requiere entonces de la aceptación de la propia vida, para de esta forma, asumir en buena forma la cercanía de la propia muerte. De esta forma, lograr una integridad del sentimiento de sí mismo, lleva a que la persona sienta que su vida tiene un significado personal. Lo que resulta paradójico a este respecto es que este sentido de una importancia personal, o de significado de la vida, permite aceptar la insignificancia en la vida. Esto último lleva a sentir que la próxima muerte no es algo que violenta o agrede. Por supuesto que en el caso de un anciano que no logra un sentido de aceptación de la vida llevada, y que genere un sentimiento de recriminación o lamento de los errores cometidos, o de los sueños no cumplidos, no tendrá la misma sensación en esta etapa de la vida. La cercanía de la muerte generara importante angustia, que costará ser pensada.

Es importante aclarar que los errores en la vida y los sueños no cumplidos son propios de toda vida, sin embargo, la comprensión de las circunstancias, los impedimentos, permiten una aceptación de estos errores y de las expectativas no logradas. También se

adquiere una perspectiva diferente respecto a los proyectos, en relación a un cambio en la valoración de las situaciones, como producto tanto de los duelos vividos, tanto reales como simbólicos, como la cercanía de la muerte. En este proceso, resulta particularmente importante la historia personal de cada individuo, como veíamos, las etapas previas de la vida, las satisfacciones y las frustraciones experimentadas.

Por supuesto que las condiciones sociales, las que incluyen las condiciones económicas, las posibilidades de aportar y de compartir con pares, las condiciones familiares, que implican la relación actual con ella, el grado de bienestar de esta, y las condiciones físicas, en el sentido de mantener cierta independencia o menor grado de impedimento, son de vital importancia para la salud mental. Resulta entonces, bastante importante para una ayuda psicoterapéutica el conocer bien la historia personal del paciente, conocer las dificultades en el área de la Salud Mental vividas, saber las condiciones sociales en que vive, las condiciones físicas del paciente, así como los medicamentos que debe tomar, como los efectos adversos que estos tienen.

TRASTORNOS PSICOLÓGICOS MÁS FRECUENTES DURANTE LA VEJEZ

SENSACIÓN DE SOLEDAD E INUTILIDAD

Como ya se ha mencionado, tanto las pérdidas de amigos y familiares, como el retiro de una función activa laboral, agregado al detrimento físico ocasionado, puede ir generando esta sensación. Esta es una sensación que implica una necesaria elaboración de la etapa recién descrita e ir aceptando las condiciones actuales, por supuesto que esto es facilitado o dificultado por las condiciones objetivas que se estén viviendo.

TEMOR AL DETERIORO PROGRESIVO Y AL MENOSCABO FÍSICO

Cuando las condiciones físicas se han visto mermadas, o cuando existe una enfermedad progresiva, puede generarse temor a la invalidez o a una imposibilidad futura. En estas condiciones resulta importante por un lado la objetiva consideración de las condiciones físicas y por otra parte la elaboración de los temores a la dependencia, como la ayuda en la aceptación de las ayudas necesarias, esto dentro del contexto de la personalidad del paciente, y de su historia personal.

DEPRESIÓN

Tanto los síntomas depresivos, como un cuadro depresivo ya establecido, son frecuentes en este periodo. Resulta importante considerar que en esta etapa de la vida esta reacción tiene características diferentes ya que se manifiesta con síntomas de somatización, también de irritabilidad y alteraciones cognitivas que son frecuentes. Esto

pudiera hacer que el cuadro clínico se pase por alto, o se piense que son sensaciones "normales" de la etapa.

Estas serían los síntomas psicológicos más importantes y comunes que requerirán un abordaje psicoterapéutico.

OBJETIVOS DE LA PSICOTERAPIA

El objetivo central de la psicoterapia geriátrica es que el paciente actualice sus potencialidades de tal modo que logre darle a su vida un sentido más completo y digno.

La recuperación de la autoestima y la perspectiva de que se sienta aceptado por la sociedad a la cual contribuyó con hijos y con trabajo. Implica también la consideración de lo social.

TEMÁTICAS A ABORDAR POR PARTE DEL PACIENTE

LA REMEMORACIÓN DE LA HISTORIA

Para lograr aceptar su actual momento vital, requiere que por parte del paciente se acepte la historia propia. En este respecto, los pacientes requieren ser escuchados y ayudados en los conflictos de su vida, en cuanto a la aceptación de su historia personal. Esto habitualmente se traduce en un dejar que el paciente libremente relate los hechos que ha estado pensando y no en un cuestionario obsesivo de su pasado.

AMENAZA DE LA SOLEDAD

Asociada a sentimientos de incapacidad o de inutilidad, de aislamiento social. Esto habitualmente se acompaña de sentimientos de tristeza que deben ser explorados, para comprender y colaborar en los elementos que pueden colaborar en lograr una cercanía e integración social.

ELABORACIÓN DE LA PUBERTAD Y ADOLESCENCIA EN SENTIDO CONTRARIO.

En esta etapa se enfrentan cambios radicales, tanto físicos como psicológicos, y por estas características, se rememora la etapa de adolescencia, pudiendo generarse ciertas conductas regresivas propias de esta época. En este sentido, y recordando a Erickson, se revivirán aquellos aspectos no resueltos de etapas anteriores.

RESTABLECIMIENTO Y AFIANZAMIENTO DE SUBLIMACIONES ALCANZADAS DURANTE LA VIDA

Habitualmente en este periodo existe más tiempo disponible para poder realizar actividades que debieron ser postergadas previamente por las demandas cotidianas. En esta etapa, existe una nueva oportunidad de realizar esas actividades sublimatorias, las que pueden generar un grado importante de satisfacción, o incluso descubrir aspectos de si mismo que permanecieron no desarrollados previamente y ser muy satisfactorios. Estas no pueden ser impuestas, solo apoyadas y surgen espontáneamente por el paciente en la medida que las ansiedades disminuyen y se hacen manejables por parte del paciente. En este sentido, el surgimiento de aspectos creativos de distinto tipo es importante para el bienestar del paciente [4].

LAS ANGUSTIAS FRENTE A LA MUERTE

Pudiendo esta ser vivida ya sea como un castigo o sentida como una sensación que persigue, que hostiliza, o que es sentida como violenta, generando un rechazo que es vivido con mucha ansiedad. En otros casos se presenta como una angustia sin contenido mental, más cercano a crisis de pánico. Estas últimas requieren ayuda farmacológica, al menos en su etapa inicial.

SEXUALIDAD

La sexualidad es una temática que está presente a lo largo de toda nuestra vida de acuerdo al momento etario. En este periodo de la vida ya sea en torno a la vida de pareja con las respectivas dificultades o inhibiciones existentes o en cuanto a las fantasías o deseos sexuales existentes.

Es de importancia recordar que la actitud del terapeuta debe ser de gran apertura en relación a evaluar sobre los requerimientos terapéuticos de cada paciente. Esto es algo que es general de toda psicoterapia, sin embargo, se hace más relevante en esta época de la vida del paciente. Se debe evaluar el real interés del paciente, ver cuál es la actitud y la disposición del paciente. Resulta relevante la relación terapéutica que se establezca, una relación honesta, de confianza, empática. Por último, la actitud del terapeuta es comprensiva y no enjuiciadora o normativa, esta solo llevaría a que el paciente no manifieste ciertos pensamientos o ideas.

CONSIDERACIONES TÉCNICAS

Como acabamos de expresar, existen una serie de elementos inespecíficos de la psicoterapia, que son dados por una conducta activa de escucha, de apertura y de empatía que de por si son terapéuticas. Otros elementos serán los contenidos sobre los que el paciente pueda requerir ayuda para poder pensarlos, y que son generadores de angustia. Contenidos como la propia muerte, pueden ser sentidos como temas tabú, o como impensables. Dependiendo de la terapia que se establezca, de las características de personalidad del paciente, los elementos transferenciales pudieran requerir o no

abordarse directamente. Es importante recordar que aunque se opte por no interpretar los elementos transferenciales, estos se encuentran siempre presentes, y es de utilidad conocer los elementos en juego en este sentido.

La transferencia según como fue descrita por Freud como herramienta terapéutica consiste en la reesenificación de las relaciones primordiales de nuestra vida. Aquellas relaciones importantes de la vida son nuevamente vividas en la relación terapéutica. Posteriormente ha sido considerado más bien como una exteriorización de relaciones importantes que están introyectadas en nuestra mente. Serían entonces sentimientos conscientes o inconscientes que se le despiertan al paciente en relación al terapeuta (o en relación a cualquier relación que se establezca), por supuesto que estos sentimientos tienen relación con características reales del terapeuta. Estas sensaciones son entonces indisolubles de las sensaciones que al propio terapeuta se le despierta con respecto al paciente, consciente e inconscientemente según sus propias relaciones introyectadas. A esto último se le conoce tradicionalmente como contratransferencia, aunque como recién decía una no es pensable sin la otra, siendo entonces un conjunto, y son pensadas separadamente solo con fines comprensivos.

En la transferencia, en condiciones naturales, el terapeuta se constituye en una figura parental, y según las experiencias del paciente con esta figura se vivirá la relación terapéutica, con sentimientos positivos y negativos, pudiendo ser de esta forma una oportunidad de elaboración de conflictivas sobre este aspecto. Otro elemento que puede generarse en la dinámica transferencial dentro de la psicoterapia serían los sentimientos competitivos que pudieran despertarse al sentirse desplazado por los más jóvenes, o sin lugar. Esto por supuesto va a depender de las dificultades vividas por el paciente.

Estas mismas dinámicas transferenciales pudiera generar que sea difícil terminar el tratamiento, y que este se alargue. El término pudiera generar nuevamente la idea de ser dejado, de temor a aislamiento, y en un sentido inconsciente a un abandono. El término de la terapia es en sí una elaboración de un duelo, que particularmente resulta importante en esta etapa como modelo a adquirir, y es en este sentido también un momento importante de la terapia.

En términos generales, lo que se propende es a proporcionarle al paciente una cierta mirada comprensiva que genere una contención emocional.

A continuación, deseo detenerme en ciertos elementos que implican una especificidad en la psicoterapia. Son los sentimientos generados en el terapeuta al tratar pacientes que están abordando ciertas conflictivas específicas. Esta es la llamada contratransferencia, la que es importante que sea pensada y observada por el terapeuta para facilitar el proceso.

En ciertos terapeutas pudiera generarse un cierto sentimiento de rechazo al otro que envejece, generado por los propios conflictos personales del terapeuta respecto al envejecimiento y al paso del tiempo. En este sentido, la aceptación del propio paso del tiempo, del envejecimiento natural es importante por parte del terapeuta.

Muchas veces, se reactivan en el terapeuta los sentimientos hacia los propios padres, con las propias dificultades vividas de esa relación, saturando las posibilidades de esta nueva relación diferente. También el revivir la relación con los propios padres, dependiendo del caso, podría revivir los conflictos aun no resueltos de esa relación, o inhibir en el abordar temáticas dolorosas de una forma inconsciente. A veces en este sentido, se puede evitar o negar los sentimientos hostiles que se puedan generar en la diada. Esto último puede ir en la línea de aspirar a generar una relación única, muy buena, sin dificultades. Estos son situaciones que requieren la ayuda de una supervisión, para poder recibir una mirada externa.

COMENTARIOS FINALES

El trabajo psicoterapéutico es una importante oportunidad. Por parte del paciente, pueden existir diferentes niveles de motivación, ya sea para lograr ser escuchado respecto a temáticas personales en conflicto, o como una oportunidad de revisar aspectos personales y ser ayudado en la elaboración de duelos de la vida. El acceder a esta opción, brinda una tranquilidad en ciertas personas, y da una serenidad que posibilita y permite aprovechar este periodo de la vida, dándole un sentido, y pudiendo aportar a los seres queridos, pudiendo ser un periodo de importantes satisfacciones. Esto en si genera mejores posibilidades de acercamiento social, reduciendo el aislamiento que se puede generar, ya sea este concreto o solo emocional.

Resulta importante decir que el lograr una vejez saludable, implica conductas preventivas tanto personales, como son el mantener intereses, amistades, relaciones familiares gratificantes, como sociales, que son el que exista un lugar valorado para la vejez, la consideración de los aportes que la experiencia puede aportar, unas condiciones de vida, de cuidado de salud que permitan al individuo desenvolverse adecuadamente.

En este último aspecto, las condiciones sociales, en cuanto a cómo es vista esta etapa de la vida y el respeto que se tiene por ella, como el lugar que socialmente se le da a la vejez, son de gran importancia.

Por último, señalar que para el terapeuta, es también una oportunidad de pensar y abordar con una perspectiva diferente las problemáticas de la vida, pudiéndose resultar altamente reconfortante.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cabildo H M. Salud mental: Enfoque preventivo. México: Edición del autor; 1991.
2. Erickson E. El ciclo vital completado. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica; 2000.
3. Hernandez Z. La psicoterapia en la vejez. Rev. Intercontinental de Psic. Y educ. 2005; 7 (2): 79-100.
4. Limentani A. Creativity and the third age. Int. Journal of psychoanalysis. 1995; 76: 825-833.
5. Segal H. Fear of death- Notes on the analysis of an old man. Int. Journal of psychoanalysis. 1958; 39: 178-181.

SOBRECARGA DEL CUIDADOR EN ADULTOS MAYORES CON DEMENCIA, UNA MIRADA HACIA EL FUTURO

Eugenia Alejandra Álvarez Pino
Carola Andrea Montecino Bacigalupo

RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud establece que uno de los desafíos más importantes en materia de salud pública es enfrentar las patologías asociadas al envejecimiento como la demencia. Por su carácter degenerativo la demencia es una patología que moviliza asistencia sanitaria permanente, siendo la familia el proveedor directo de atención y cumpliendo el rol de cuidadores informales. Las investigaciones señalan que cuando recae el cuidado en un integrante de la familia, este sufre cambios fisiológicos, psicológicos y sociales, alterando el estilo y calidad de vida, debido a que está sometido a estrés físico y emocional elevado. Por lo cual faltan políticas orientadas a la protección de los cuidadores informales y más específicamente aquellos que tienen riesgo de padecer enfermedades de origen psicosocial asociadas al cuidado. Por lo tanto, es necesario crear una cultura de cuidados que esté en estrecha relación con los adultos mayores, como una responsabilidad social donde pueda existir colaboración multidisciplinaria, nuevas formas de convivencia y fortalecer la calidad de vida durante el proceso de envejecimiento tanto para los adultos mayores como para sus familias.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que uno de los desafíos más importantes en materia de salud pública es enfrentar las patologías asociadas al envejecimiento como la demencia. Por su carácter degenerativo la demencia es una patología que moviliza asistencia sanitaria permanente, siendo la familia el proveedor

directo de atención y cumpliendo el rol de cuidadores informales. En chile según un estudio realizado por el Servicio Nacional del Adulto Mayor el 89,6% de los cuidadores corresponde a mujeres, siendo el 40% cónyuge, sin compartir el cuidado en un 53%, con sobrecarga según instrumento Zarit en un 62% y teniendo una percepción de salud buena de un 36%, regular 54, 3% y mala de un 9,5%.

Por esto faltan políticas orientadas a la protección de los cuidadores informales, y más específicamente aquellos que tienen riesgo de padecer enfermedades de origen psicosocial asociadas al cuidado. Por lo tanto es necesario crear una cultura de cuidados que esté en estrecha relación con los adultos mayores, como una responsabilidad social donde pueda existir colaboración multidisciplinaria, nuevas formas de convivencia y fortalecer la calidad de vida durante el proceso de envejecimiento tanto para los adultos mayores como para sus familias.

LA RELACIÓN ENTRE DEMENCIA Y DEPENDENCIA

La demencia se define como un conjunto de enfermedades degenerativas que afectan la memoria, cognición y el comportamiento, interfiriendo en la capacidad de las personas para realizar actividades cotidianas, siendo el Alzheimer el que representa entre un 60 a 70% de los casos [1]. Esta enfermedad es un tipo de demencia degenerativa, de carácter irreversible y progresiva del cerebro, en la que se disminuyen lentamente la memoria, las actitudes del pensamiento y las habilidades para realizar tareas simples [2], se estima que unos 36 millones de personas en el mundo viven con demencia y se proyecta que esta cifra se duplicará cada 20 años llegando a unos 115 millones en el 2015 [3]. En Chile, según la Corporación Profesional de Alzheimer y otras Demencias (COPRAD) el 1,06% de la población presenta algún tipo de demencia, esto equivale a 180 mil personas y que para el año 2050 esta cifra aumentará a un 3,1% abarcando a 626 mil personas [4].

Por su carácter degenerativo la demencia es una patología que moviliza asistencia sanitaria permanente, siendo la familia el proveedor directo de atención y cumpliendo el rol de cuidadores informales, quienes tienen el perfil de ser personas sin educación formal en atención de salud y que ayudan a una persona con discapacidades funcionales, enfermedades psiquiátricas, físicas prolongadas o problemas relacionados con la edad [5].

Este no recibe retribución económica, y se definen en la literatura como “aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones” [6]. En chile según un estudio realizado por el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) el 89,6% de los cuidadores corresponde a mujeres, siendo el 40% cónyuge, sin compartir el cuidado en un 53%, con sobrecarga según instrumento Zarit en un 62% y teniendo una percepción de salud buena de un 36%, regular 54, 3% y mala de un 9,5% [7].

En la dependencia total actúan dos participantes, el cuidador informal y el paciente dependiente total, este último requiere de cuidados las 24 horas del día ya que no es capaz de realizar las actividades de la vida diaria y tampoco valerse por sí mismo, siempre requerirá del cuidado y supervisión de otro [8]. Además, el cuidado no es distribuido equitativamente, recayendo es una sola persona de la familia, que es el que termina sobrecargado y con un empeoramiento en su calidad de vida [9]. Las investigaciones señalan que cuando recae el cuidado en un integrante de la familia, este sufre cambios fisiológicos, psicológicos y sociales, alterando el estilo y calidad de vida, debido a que está sometido a estrés físico y emocional elevado [9].

LA CALIDAD DE VIDA DE LOS CUIDADORES

Debido a la morbilidad asociada a la demencia y la labor que realizan los cuidadores, algunos países, han realizado en los últimos años estudios sobre calidad de vida en cuidadores, encontrando una mayor percepción de salud física deteriorada, síntomas depresivos, como angustia, cansancio, dolor, trastornos del sueño y del ánimo, entre otros [7]. Siendo los factores más estresantes para los cuidadores los cambios de conducta y la incontinencia de los adultos mayores [10].

Algunos autores señalan que además hay una percepción de expectativas insatisfechas sobre el apoyo que reciben por parte de otros familiares, pues existen comentarios despectivos o sienten que menosprecian su trabajo muchas veces gatillados por problemas en la historia familiar [11].

Por lo cual en diferentes partes del mundo se han llevado a cabo innovaciones para mejorar la calidad de vida de los cuidadores informales, que van desde la creación de políticas públicas a actividades locales en comunidad, es así como se han propuesto abordajes en el acceso a servicios, apoyo social, emocional y asistencia clínica. Y para los adultos mayores con demencia la realización de actividades en las que pueden cumplir funciones laborales, familiares y con ello disminuir la percepción de carga en su círculo cercano [12].

En el área de la Salud Mental se han desarrollado predictores de agotamiento en los cuidadores [13] y se han realizado intervenciones como el fortalecimiento del grupo de pares en los que los cuidadores pueden hablar sobre sus experiencias a través de video llamada [14]. Además de la asistencia continua de un equipo de salud que brinda apoyo psicológico y manejo de los síntomas de depresión en este grupo [15].

HACIA UN MODELO DE CUIDADO DEL CUIDADOR, UNA EXPERIENCIA CHILENA

Ideas similares a las más arriba mencionadas, también se han llevado a cabo en Chile pues a partir del año 2015 existe un programa llamado “Chile Cuida”, dependiente del

Ministerio de Desarrollo Social, el cual da apoyo a los cuidadores de adultos mayores con dependencia en el que se ofrece dos veces por semana cuidados domiciliarios, permitiendo al cuidador descansar y tener tiempo para participar en grupos de autoayuda dirigido por profesionales de Salud Mental [16]. Este programa brinda una solución para aquellos cuidadores que necesitan asistencia directa , favoreciendo el autocuidado y la preocupación por las propias necesidades [17], por consiguiente el desafío es encontrar " el estado de bienestar general" [18], tanto para el adulto mayor como para el cuidador, proteger la salud de ambos para evitar enfermedades psicosociales vinculadas a la progresión de la enfermedad y a la sobrecarga.

Es necesario visibilizar el proceso de envejecimiento, sin limitar al hogar o a los centros de larga estadía del adulto mayor (ELEAM), reconociendo el trabajo de los cuidadores, valorizar su aporte social y favorecer instancias de crecimiento personal como la creación de grupos de cuidadores informales o la capacitación continua por parte de instituciones de educación o de salud, con el objetivo de profesionalizar su labor y abrir redes de apoyo para que sea sustentable en el tiempo.

Si bien se han implementado algunas iniciativas para mejorar el bienestar, a través del SENAMA como la regulación legal para la creación y mantención de los ELEAM, el Programa de Intervenciones Innovadoras donde las municipalidades dan atención comunal o el Programa de Turismo Social que contribuye a fomentar la participación de este grupo en los servicios de recreación [19]. Faltan políticas orientadas a la protección de los cuidadores informales y más específicamente aquellos que tienen riesgo de padecer enfermedades de origen psicosocial asociadas al cuidado.

CONCLUSIONES

Por todo lo planteado es necesario llevar a cabo acciones encaminadas a elevar la calidad de vida de los cuidadores, lo que a su vez influirá en un mejor cuidado y bienestar familiar. Es así como algunas estrategias factibles a implementar tienen como propósito el afrontamiento emocional en relación a complicaciones, reagudizaciones, hospitalizaciones, deterioro físico-cognitivo del paciente y el proceso de duelo. O llevar a cabo un programa de intervención educativa al cuidador integrando temas específicos como la correcta atención en la alimentación, higiene personal y sueño del paciente, prevención de las úlceras por presión, manejo de problemas conductuales, prevención de complicaciones derivadas del envejecimiento y cuidados al cuidador. Además de contar con día de autocuidado para el cuidador y llevar a cabo actividades para fortalecer su autoestima y descanso.

Desde un plano más profundo y rescatando la antropología del cuidado, es significativo reflexionar sobre cómo estos desafíos sociales y epidemiológicos pueden ser abordados bajo un prisma cultural, donde se dan respuesta a las necesidades de salud y enfermedad en un contexto dinámico y global, siendo el cuidado vinculado desde su etimología al amor (caritas) [20] y a la incondicionalidad (agape) [21] como motores para sustentar un

desafío que parte desde el núcleo familiar y que tiene repercusiones en cómo se construye el envejecimiento. Erikson, teorista de enfermería, señala que una cultura del cuidador trasmite un orden interno hacia el valor (ethos) siendo el respeto por el ser humano y su dignidad el objetivo de la asistencia [17].

Por lo tanto, es necesario crear una cultura de cuidados que esté en estrecha relación con los adultos mayores, como una responsabilidad social donde pueda existir colaboración multidisciplinaria, nuevas formas de convivencia y con ello transitar desde contextos de vulnerabilidad al fortalecimiento de la calidad de vida durante el proceso de envejecimiento tanto para los adultos mayores como para sus familias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Demencia [Internet]. Ginebra. Organización Mundial de la Salud; c2017 [citado 2018 Feb 21]. Disponible desde: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/
2. Alzheimer: La enfermedad del olvido [Internet]. Santiago. Fondo Nacional de Salud; c2017 [citado 2018 Feb 21]. Disponible desde: https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/noticias/2017/02/07/alzheimer_la_enfermedad_del_olvido.html
3. Wimo A, Prince M. World Alzheimer Report 2010. The global Economic Impact Dementia: Alzheimer's Disease International (UK); 2010. p. 56.
4. Corporación Profesional Alzheimer y otras demencias. [Internet]. Santiago. [citado 2018 Feb 21]. Disponible desde: http://www.coprad.cl/
5. Lethin C, Leino-Kilpi H, Roe B, et al. Formal support for informal caregivers to older persons with dementia through the course of the disease: an exploratory, cross-sectionals.
6. Servicio Nacional del Adulto Mayor [Internet]. Santiago: Ministerio de Desarrollo Social. Gobierno de Chile; c2017 [citado 2018 Feb 21]. Disponible desde: http://www.senama.gob.cl/
7. Documento Preliminar para la elaboración del Plan Nacional para las Demencias. Santiago. Ministerio de Salud Gobierno de Chile; 2015. 41p.
8. Salud mental: un estado de bienestar [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; c2013 [citado 2018 Feb21]. Disponible desde: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
9. Oguisso T. Reflexiones sobre Ética y Enfermería en América Latina. Index Enferm. [Internet]. 2006 [citado 2018 Feb 23] ; 15(52-53): 49-53.
10. Grant I, McKibbin CL, Taylor MJ , Mills P , Dimsdale J , Ziegler M , Patterson TL . La intervención de relevo en el hogar reduce la epinefrina plasmática en los cuidadores estresados de Alzheimer. American Journal of Geriatric Psychiatry 2003 ; 11 (1): 62-72 .
11. Nikmat A, Hawthorne G, Al-Mashoor S. La comparación de la calidad de vida entre personas con demencia leve en hogares de ancianos y en el hogar: un informe preliminar. Demencia 2013 . [DOI: 10.1177 / 1471301213494509.
12. Jennings L, Palimaru A, Corona M, Cagigas X, Ramirez K, Zhao T, Hays R, Wenger N, Reuben D. Patient and caregivers goals for dementia care. Qual Life Res. 2017 march (26): 685-693.
13. Truzzi Annibal, Valente Letice, Ulstein Ingun, Engelhardt Eliasz, Laks Jerson, Engedal Knut. Burnout in familial caregivers of patients with dementia. Rev. Bras. Psiquiatr. [Internet]. 2012 Dec [cited 2018 Feb 24] ; 34 (4): 405-412.
14. Marziali E, Donahue P. Cuidar a los demás: intervención grupal de videoconferencia por Internet para cuidadores familiares de adultos mayores con enfermedades neurodegenerativas. The Gerontologist 2006 ; 46(3): 398-403 .
15. Mittelman MS, Roth DL, Coon DW , Haley WE . Beneficio sostenido de la intervención de apoyo para los síntomas depresivos en cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer. American Journal of Psychiatry 2004; 161 (5): 850-6 .
16. Programa Chile Cuida: Beneficios para los adultos mayores y sus cuidadores [Internet]. Santiago: Ministerio de Desarrollo Social; c2015 [citado 2018 Feb 18]. Disponible en:

http://www.gob.cl/2015/11/23/programa-chile-cuida-beneficios-para-los-adultos-mayores-y-sus-cuidadores/tudy.
17. BMC Geriatrics. 2016; 16: 32. doi:10.1186/s12877-016-0210-9.
18. Urra E, Jana A, García M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. Cienc. enferm. [Internet]. 2011 Dic [citado 2018 Feb 22]; 17 (3): 11-22.
19. Servicio Nacional del Adulto Mayor, gobierno de chile. Manual del cuidado de personas mayores dependientes y con pérdida de autonomía año 2009. Chile: Servicio Nacional del Adulto Mayor; 2009. Disponible en: http://www.minsal.cl/portal/url/item/c2c4348a0dbd9a8be040010165012f3a.pdf
20. Raile M, Marriner A. Modelos y Teorías en Enfermería. 7ma ed. Barcelona: Elsevier; 2011. p. 809.
21. Flores GE, Rivas RE, Seguel PF. Nivel De Sobrecarga En El Desempeño Del Rol Del Cuidador Familiar De Adulto Mayor Con Dependencia Severa. Cienc y enfermería. 2012; 18 (1): 29–41.
22. Escobar MLV, Afanador NP. Calidad de vida del cuidador familiar y dependencia del paciente con Alzheimer. Revista Universidad Nacional de Colombia [Internet]. Bogotá; 2010 Mayo; Disponible en: http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/15661/18164
23. Cepeda GA. Experiencia de los cuidadores de enfermos crónicos en el hospital. Enfermería Neurológica [Internet]. 2010; 9 (1): 54-8.
24. Espín Andrade A. "Escuela de Cuidadores" como programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. Rev Cubana de Salud Pública [Internet]. 2009 Jun; 35 (2).

SECCIÓN VI

ASPECTOS ÉTICOS Y DE SALUD PÚBLICA DEL ADULTO MAYOR

ASPECTOS JURÍDICOS A CONSIDERAR EN EL ADULTO MAYOR

Tania Mora Biere

RESUMEN

Nuestro país como muchos de nuestra región y del mundo, se encuentran inmersos en un envejecimiento de su población, fenómeno que para Chile reviste características de acelerado, esto, porque el proceso de transformación demográfica se ha dado en pocas décadas. Esta nueva realidad poblacional ha contribuido a la visibilización de ciertas problemáticas que hasta hace poco o no eran consideradas o simplemente no constituían prioridades para el Estado, ni para la sociedad. Desde la perspectiva de los derechos de las personas mayores, estas materias adquieren una importante relevancia a partir de la ratificación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, instrumento vinculante para Chile, que trae consigo una serie de nuevos desafíos en materia de adaptación de normativa interna. Quizá si en temas de autonomía, independencia, e igual reconocimiento como persona ante la ley, las personas de edad y sobre todo aquellas con algún grado de dependencia, se encuentran hoy en una situación de desventaja respecto del resto de la población, al ser sometidas por nuestra legislación civil a un proceso de incapacitación absoluta. El presente trabajo intenta mostrar una reseña de estas situaciones en relación a los nuevos estándares de derechos humanos establecidos por la Convención Interamericana.

INTRODUCCIÓN

Nuestro país, desde hace unas décadas ha ingresado a formar parte del cada día más numeroso grupo de aquellos que se encuentran inmersos en la transformación demográfica inédita en nuestra historia, el envejecimiento poblacional, nunca como especie habíamos convivido en una misma época tres e incluso cuatro generaciones. Así y según las cifras preliminares del último Censo poblacional, realizado en el año 2017

[1], en Chile existiría un número total de 2.850.171 personas mayores de 60 años, lo que representa el 16,2% de la población total del país, de las cuales el 44,3% corresponden a hombres y 55,7% son mujeres.

Un dato relevante, y que podría ser considerado como una de las características con la que se ha dado el envejecimiento en nuestro país y que conlleva múltiples consecuencias, no solo en los ámbitos privados, personales y familiares, sino también en los públicos, es el envejecimiento de la vejez, esto es, que el grupo de población de mayor edad es el que más crece, correspondiendo a la cantidad de personas de 80 años y más, respecto al total de personas de 60 y más. Este crecimiento es explosivo en las últimas décadas, según los datos de este Censo, existen actualmente 470.756 personas mayores de 80 años, los que corresponden al 16,5% del total de mayores de 60 años.

A su vez, el índice de envejecimiento, que representa la razón de personas mayores de 60 años, por cada 100 niños y niñas menores de 15 años, hoy representa un 80,9. Esto significa que, por cada 100 menores de 15, existen 80,9 mayores de 60 años.

Ahora bien, desde la perspectiva del derecho y en especial a contar de la ratificación por parte del Estado de Chile de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores [2], se abren nuevas interrogantes, sobre el cumplimiento de los parámetros de derechos fundamentales en ella contenidos, entre ellas, si nuestro país, que se encuentra en una etapa de envejecimiento avanzado de su población, cuenta con un cuerpo legal acorde con su realidad demográfica, que protegiendo específicamente los derechos de las personas de edad, especialmente aquellas frágiles y con algún grado de dependencia, los reconozca como titulares de sus derechos y no como simples objetos de protección, ya sea por parte del Estado de sus familias o comunidades.

Los desafíos en torno a esta temática se transforman en urgentes. Uno de los énfasis de la Convención se encuentra puesto en la autonomía e independencia en la vejez, ahora bien, si consideramos que nuestra legislación civil, data de mediados del siglo XIX, se requiere de transformaciones, que deberían ser impulsadas necesariamente por la Convención Interamericana, la que como se ha señalado, se encuentra recientemente ratificada por nuestro país.

DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES

Si bien, sería importante revisar múltiples aspectos jurídicos que cobran relevancia en la vejez, normas sucesorias, de derecho de alimentos o incluso aspectos jurídicos de pensiones, exceden los objetivos del presente trabajo, el que se centrará en establecer algunos conceptos relevantes, en relación con los requerimientos de cuidado, en la medida que la persona mayor se vuelva mayormente dependiente y cuál es la solución jurídica que nuestro ordenamiento entrega al mayor y a su familia, y si estas soluciones se hacen armónicas con un enfoque de derechos humanos, a través de los estándares de

protección establecidos en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

CONTEXTO GENERAL

DEPENDENCIA Y PERSONAS DE AVANZADA EDAD

El término dependencia se refiere a limitaciones en la actividad, como el resultado de un proceso que se inicia con la aparición de un déficit en el funcionamiento corporal o mental, consecuencia de una enfermedad, un deterioro o accidente. Cuando tal limitación no puede compensarse mediante la adaptación del entorno o del sujeto, provoca una restricción en la participación, que se concreta en la dependencia o necesidad de la ayuda de otras personas para realizar las actividades de la vida cotidiana [5]. El diccionario de la Real Academia Española define dependencia, entre otras acepciones, como: «situación de una persona que no puede valerse por sí misma» [6].

El Consejo de Europa, en la Recomendación del Comité de Ministros a los Estados Miembros relativa a la dependencia, de septiembre de 1998, la define como «un estado en que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidades de asistencia o ayudas importantes para realizar actos corrientes de la vida ordinaria» [5].

En este sentido la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como: "la disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro de los márgenes considerados normales" [5].

A su vez, la dependencia en Chile se encuentra definida en el inciso segundo del artículo 16 del Reglamento de Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores. DS Nº14/2010, del Ministerio de Salud [7].

"Se entenderá por dependencia la situación derivada de la falta o la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual de una persona para desarrollar por sí misma las actividades corrientes de la vida diaria, por lo que requiere apoyo, asistencia o ayuda de otra".

Por actividades corrientes de la vida diaria, de acuerdo a lo señalado en el artículo 16º inciso tercero del DS Nº 14/2010, del Ministerio de Salud se considera: bañarse, vestirse, usar el inodoro, trasladarse, mantener la continencia y alimentarse.

En relación a estas actividades, es posible distinguir tres niveles de dependencia: leve, moderada y severa, también definidas por el Art. 16º:

- Adulto mayor dependiente leve es aquel que puede realizar por sí mismo solo cinco de las seis actividades de la vida diaria y requiere ayuda o asistencia para realizar solo una de las actividades señaladas.

- Adulto mayor dependiente moderado es aquel que presenta capacidad para realizar por sí solo entre dos y cuatro de las actividades de la vida diaria señaladas.
- Adulto mayor con dependencia severa o postrado es aquel que está totalmente incapacitado para realizar las actividades de la vida diaria señaladas.

Si bien dependencia no es sinónimo de vejez, si existe una estrecha relación entre dependencia y edad, pues el porcentaje de individuos con limitaciones en su funcionalidad aumenta entre las personas mayores, especialmente en los de edades más avanzadas [5].

Por su parte, la demencia en la actualidad se ha transformado en un problema de salud pública que no es posible de soslayar, de acuerdo a Plan Nacional de Demencia, se estima actualmente en Chile, que el 1,06% de la población total país presenta algún tipo de demencia. El Estudio Nacional de la Dependencia [5], da cuenta que el 7,1% de las personas de 60 años y más (7,7% en mujeres y 5,9% en hombres) presenta deterioro cognitivo, cifra que a partir de los 75 años muestra un aumento exponencial, alcanzando 13% en las personas entre 75-79 años y 36,2% en los mayores de 85 años. La demencia puede considerarse una enfermedad crónica no transmisible, que se asocia a discapacidad, dependencia y morbimortalidad. La OMS lo cuantifica mundialmente en número de años de vida perdidos, siendo la discapacidad y la demencia responsables de 1,4% de años perdidos por cada mil personas en el año 2012 [8].

Por lo que y sin perjuicio que muchas personas de edad avanzada no requieren ni de cuidado, ni de protección legal específica, sí es posible señalar que la situación de dependencia de una persona mayor, ocasionada por la demencia u otras patologías asociadas a la vejez, no es indiferente para el derecho, primeramente, porque como ya se ha señalado, en nuestro país no existe una legislación especial y acorde a los requerimientos específicos de la población mayor, sin embargo, esta problemática no queda solo en el mayor, el cuidado implica que una tercera persona, familiar o no, debe auxiliarlo para la realización de las actividades de la vida diaria. Es así como cuestiones tan personales como lavarse, vestirse, ir al baño o alimentarse, deben ser constantemente auxiliadas por otra u otras personas, lo que abre una delicada línea de injerencia en los asuntos personales de la persona mayor que presenta algún grado de dependencia, y por cierto en su autonomía e independencia, derechos personalísimos.

CUIDADOS DE LARGO PLAZO

Si bien el concepto de dependencia es un concepto instrumental, que define a través de herramientas de medición el estado en el que se encuentra una persona, en relación a su actividad personal, los cuidados podríamos señalar que constituyen la contracara de la dependencia, por cuanto se refieren a aquellas prestaciones que se deben realizar a una persona dependiente.

El cuidado ha generado debates en el último tiempo en relación al rol que le corresponde al Estado en su provisión, sobre todo porque, en general, este ha sido una

actividad no remunerada, la que ha estado mayoritariamente en manos de las mujeres, y su falta de reconocimiento en todos los niveles constituye uno de los aspectos centrales en los problemas que las afectan. El cuidado puede ser definido como: "la acción social dirigida a garantizar la supervivencia social y orgánica de las personas que carecen o han perdido la autonomía personal y que necesitan de la ayuda de otros para realizar los actos esenciales de la vida diaria" [9].

Si bien el cuidado de una persona es fundamental en la infancia, excepcionalmente este cuidado puede abarcar toda la vida, si se trata de una persona con discapacidad o dependencia. En la última etapa del ciclo vital el cuidado vuelve a adquirir relevancia, ya que tal como hemos visto, la demanda por el cuidado aumenta significativamente a medida que se avanza en edad.

Al hablar de cuidado a personas mayores, en general la referencia es a cuidados a largo plazo, puesto que cuando estos se requieren, la posibilidad que esta necesidad se revierta es muy baja. Los cuidados pueden ser recibidos en el propio domicilio de la persona mayor, por un cuidador formal o informal, es decir, el que no tiene formación o capacitación en esta área, pudiendo ser familiares o no, y también puede ser prestado en una institución, cuando las personas mayores no pueden recibirlos en su domicilio.

Es en estos contextos en los que debemos revisar nuestra legislación para saber cómo reacciona el derecho, ante situaciones de dependencia generadas por demencias u otro tipo de patologías invalidantes, que requieren de cuidados de largo plazo.

ASPECTOS JURÍDICOS A RELEVAR EN PERSONAS MAYORES

LOS DERECHOS DE LOS ADULTOS MAYORES SON LOS DERECHOS DE TODOS

Se debe enfatizar que los derechos de las personas de edad, son los mismos derechos, subjetivos, humanos, fundamentales, que tenemos todos los sujetos de la especie humana, por ese solo hecho, sin perjuicio que, en el país, al momento de cumplir 60 años de edad, y de acuerdo a lo preceptuado por al artículo 1º, inciso segundo de la ley Nº 19.828 [3] de creación del Servicio Nacional del Adulto Mayor, se pase a adquirir la denominación de "adulto mayor" a aquellos que han cumplido esa edad. Por lo que los adultos mayores o personas mayores, continúan siendo sujetos titulares, perfectamente capaces de adquirir derechos y obligaciones en el mundo jurídico y de tomar sus propias decisiones y ejecutarlas en su vida, autónoma e independientemente.

Es importante destacar que no por el hecho que una persona cumpla 60 años de edad, entrará a un ámbito de su vida en el que requerirá necesariamente de normas jurídicas de protección y de una serie de cuidados, aunque lo que pareciera es lo contrario, esto se asienta en una serie de mitos y estereotipos que se encuentran muy arraigados en nuestra sociedad, de igualar vejez con enfermedad, demencia y/o deterioro. Al respecto, y a

manera ejemplar, cuando se le pregunta a las personas en nuestro país: ¿Diría que la mayoría de los adultos mayores puede valerse por sí mismo o la mayoría no puede valerse por sí mismo? El 72,9% en los encuestados tiene la percepción que los mayores, no son capaces de valerse por sí mismos. Resultados de la Cuarta Encuesta Nacional de Inclusión y Exclusión Social [4], realizada por el Servicio Nacional del Adulto Mayor y la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. Ahora bien y de acuerdo al Estudio Nacional de la Dependencia [5] realizado por el Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA, en promedio, las personas mayores de 60 años dependientes ascienden al 24,1% de la población adulta mayor y las no dependientes al 75,9%. No obstante, a medida que las personas van aumentando en edad, los porcentaje se incrementan significativamente, entre el quinquenio 60 y 64 años el porcentaje de dependencia asciende a 11,5%, cuando tomamos a las personas de 85 años y más, el porcentaje aumenta dramáticamente a un 65,6% [5].

LA DECLARACIÓN DE INTERDICCIÓN POR DEMENCIA

Tal y como hemos señalado, los derechos de las personas se mantienen a lo largo de su vida, incluida la etapa de la vejez, por lo que no se pierden con ella, sin perjuicio de lo cual, y a medida que se envejece, aumenta la probabilidad de tener algún tipo de dependencia y por ende de requerir de cuidados, sean especializados o no. Al respecto, nuestra legislación civil, contiene una institución denominada la interdicción por demencia, la que es usada para estos casos.

En Chile la regla general, es la capacidad, esto es, las personas mayores de 18 años de edad, pueden obligarse por sí mismas, sin el ministerio o la autorización de otra persona (art. 1.445 Código Civil). En ese sentido el art. 1.446 del C.C. reitera este principio señalando que toda persona es legalmente capaz, excepto aquellas que la ley declara incapaces.

De acuerdo a lo anterior, existen dos tipos de incapacidades:

Incapacidad absoluta

Dementes, impúberes (niñas menores de 12 años y niños menores de 14) y los sordos o sordo mudos que no pueden dar a entenderse claramente; los actos desarrollados por estas personas no producen efectos en ninguna circunstancia, diferente al caso de los:

Incapaces relativos

Que son los menores adultos (los que tienen entre 12 y 18 años si son niñas o entre 14 y 18 si son niños) y los que se hallen bajo interdicción de administrar lo suyo, en estos casos y bajo ciertas circunstancias, sus actos pueden tener efectos jurídicos.

De acuerdo a la definición anterior, la persona que es declarada interdicta por causa de demencia es incapaz absoluto, por lo que los actos realizados por ellos no producen efecto alguno en el campo del derecho, sin embargo, no basta con el hecho que un adulto

mayor se encuentre con demencia para ser incapaz absoluto, se requiere una declaración judicial que declare la interdicción por demencia.

Siguiendo al Código Civil, la declaración de Interdicción procede, según los artículos 456 y siguientes, cuando el adulto —no necesariamente adulto mayor— se halla en estado habitual de demencia, la consecuencia provista por el Código es que se le priva de la administración de sus bienes.

En un sentido legal, demencia es la falta de razón, esto es, que el sujeto no está en condiciones de apreciar el alcance de sus actos y carece consiguientemente de la aptitud para administrar por sí sus negocios. La expresión "demente" que utiliza el Código no se interpreta en sentido técnico, de acuerdo al significado que le asigna la psiquiatría o la neurología, sino en su sentido natural y obvio, (locura, trastorno de razón [6]). La doctrina y jurisprudencia, también son concordantes en sostener que la demencia debe ser interpretada en sentido amplio. Ya en 1896, la Corte de Concepción sostuvo que, si bien la ley no define quiénes son dementes para el caso de decretar la interdicción, es indudable que designa con esta denominación, dado el motivo y objeto, porque los somete a curatela, no solo a los que, por debilidad o desórdenes intelectuales, de carácter habitual, carecen en absoluto de razón, sino también a los que, por las mismas causas, no pueden dirigirse a sí mismos o administrar competentemente sus negocios. La misma Corte ha reproducido esta doctrina en un fallo del 2008 insistiendo que "lo anterior permite concluir que la interpretación que debe darse a la expresión 'demencia' no es en su significado científico o técnico, sino que debe tomarse claramente en su sentido más amplio, más diverso, esto es, en sentido de enfermedad mental" [8].

Se requiere además que la demencia sea habitual. No procede entonces si la persona tiene momentáneamente una pérdida de razón, por lo que, si una persona mayor sufre de una enfermedad de Alzheimer, enfermedad irreversible y de deterioro progresivo, ciertamente la interdicción será declarada por el juez competente.

La interdicción podrá ser solicitada por el cónyuge, los parientes consanguíneos hasta el cuarto grado inclusive, el caso de un sobrino a su tía abuela y finalmente el defensor público. Una vez declarada la interdicción por el tribunal competente, el juez le nombra un curador, quien será el encargado de la administración de los bienes del interdicto. Actualmente existe un procedimiento administrativo incorporado en nuestra legislación mediante la Ley 19.954 que modifica la Ley 18.600 en lo relativo a la interdicción de las personas con discapacidad mental, por el cual una comisión médica declara el tipo de discapacidad mental que afecta a la persona en particular y con dicho certificado puede iniciarse el procedimiento judicial para obtener la declaración de interdicción y el nombramiento de un curador definitivo.

El efecto de la interdicción, de acuerdo a lo señalado en el artículo 456 del Código Civil, es que el adulto que se halla en estado de habitual demencia, perderá la administración de sus bienes, esta consecuencia planteada no es casualidad, puesto que las reglas del Código Civil tienen el gran problema, al considerar al individuo como sujeto de derechos patrimoniales, es decir, tienen una concepción de la capacidad que se

centra en el contrato. En otros términos, se refiere a los derechos patrimoniales, los que reflejan básicamente en relaciones de intercambio [10]. Se torna evidente entonces que la múltiple dimensión de derechos de las personas de edad, que excedan lo patrimonial, o también denominados extra patrimoniales, no se encuentra cubiertos por las normas jurídicas actuales. En mayor medida esta brecha se hace evidente con el avenimiento de ciertos derechos personalísimos y considerados emergentes, [11] establecidos en la Convención Interamericana, dentro de los cuales se encuentran los derechos de independencia y autonomía del artículo 7º.[1]

LOS NUEVOS PARADIGMAS EN LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES, LA CONVENCIÓN INTERAMERICANA SOBRE LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS MAYORES

A partir de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), nadie podría poner en duda la existencia de un conjunto de derechos que cada individuo puede reclamar solo por el hecho de pertenecer a la especie humana, que se encuentran basados en la dignidad como valor fundamental de cada persona. En las últimas décadas ha surgido en la doctrina internacional de los derechos humanos y principalmente basado en el principio de la no discriminación, una nueva fase de "especificación" de los derechos dirigidos a ciertos colectivos con características propias y diferenciables de otros, que los colocan en una posición de marginación o inferioridad, haciéndolos especialmente vulnerables a situaciones de violaciones de derechos, lo que ha significado la adopción de ciertas normas específicas para ellos. Esta evolución hacia la especificidad también es posible de encontrar en los ordenamientos jurídicos internos de cada país, normas de protección de derechos respecto de niños/as, mujeres o personas con discapacidad, son fácilmente identificables, sin embargo, aún no es común encontrar normas específicas para personas mayores.

Ahora bien y a través de un sostenido desarrollo en la comunidad internacional, en aras a la especificación de derechos cuyos titulares son las personas mayores, en la actualidad nos encontramos con uno de los eventos más trascendentales y relevantes para el reconocimiento de los derechos de las personas de edad. Luego de un trabajo de más de cuatro años por parte del Grupo de Trabajo de Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores [12], se le presentó a la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos, OEA, el 15 de junio de 2015, el texto concordado de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. La importancia fundamental de un instrumento de este tipo y que nuestra región presenta al mundo, lo constituye ser el primer tratado de derechos humanos jurídicamente vinculante para los Estados que la ratifican, siendo su sujeto específico las personas mayores [11]. La Convención Interamericana, se encuentra ratificada por nuestro país, y publicada en el Diario Oficial el 7 de octubre de 2017.

La Convención, al tratarse de un instrumento jurídicamente vinculante, esto es, que establece obligaciones para los Estados, nos plantea como país interesantes desafíos hacia el futuro, el artículo 1º de ámbito de aplicación y objeto establece: "Si el ejercicio de los derechos y libertades mencionados en esta Convención no estuviere ya garantizado por disposiciones legislativas o de otros carácter, los Estados Parte se comprometen a adoptar, con arreglo a sus procedimientos constitucionales y a las disposiciones de esta Convención, las medidas legislativas o de otro carácter que fueren necesarias para hacer efectivos tales derechos y libertades ."

Por lo que una de las primeras obligaciones que nace como consecuencia de la ratificación de la Convención, es la de adaptar el marco jurídico a lo establecido en ella y es en esta esfera de las obligaciones, donde nace uno de los mayores desafíos para el país, el de adecuar a través de nueva normativa, la que incluye políticas públicas, planes y programas, un conjunto de instituciones jurídicas que fueron establecidas en el país a mediados del siglo XIX, lo que hace que estén siendo ampliamente superadas por la nueva realidad poblacional que enfrentamos a nivel mundial.

Es importante destacar que la Convención Interamericana, ha seguido a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) [11], el primer instrumento universal de derechos humanos del siglo XXI, ratificado por Chile, el año 2008, el que trae un nuevo modelo de derechos humanos sobre la discapacidad, que implica afirmar de manera radical que todas las personas con discapacidad son sujetos de derecho, por lo que se proscribe en sentido estricto cualquier forma de discriminación. El planteamiento incluye, por cierto, el principio general que cada persona con discapacidad tiene el mismo derecho al reconocimiento de su personalidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida. Esta idea implica rechazar cualquier forma de incapacitación para ellas, siendo una obligación del Estado, proporcionar apoyos que estas puedan necesitar, en el ejercicio de su capacidad jurídica, o salvaguardas adecuadas y efectivas para impedir los abusos, artículo 12 de la CDPD.

Este nuevo y radical cambio en la capacidad de las personas, es seguido por la Convención Interamericana, la que se limita a repetir el artículo 12 de la CDPD, estableciéndolo en su artículo 30,[2] dirigido a las personas de edad, el artículo reafirma que, los Estados Parte reconocen que la persona mayor tiene capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida.

Si además se revisa lo dispuesto por el artículo 7º derecho a la independencia y la autonomía, anteriormente transcrito, derechos emergentes en esta Convención, el artículo nos señala que, los Estados Parte reconocen el derecho de la persona mayor a tomar decisiones, a la definición de su plan de vida, a desarrollar una vida autónoma e independiente, conforme a sus tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones y a disponer de mecanismos para poder ejercer sus derechos. La Convención entonces, recepcionaría una noción de autonomía como autonomía decisional, en sede civil, se acerca a la voluntad generadora de actos jurídicos válidos, a su vez la noción de independencia sería tomada en sentido negativo (dependencia), en una dimensión

funcional física [14]. La tendencia actual, es insertar la noción de dependencia, en sede civil, en una dinámica relacional con la de autonomía, consciente que, a mayor dependencia funcional, más se limita el ejercicio de la autonomía decisional del mayor adulto [14].

Toda esta nueva terminología, impulsada por la CDPD y continuada por la Convención Interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, nos trae a la luz nuevas concepciones acerca de la titularidad de los derechos de todas las personas, incluidas las personas de edad, que implican poner al sujeto en igualdad de condiciones con los otros, independientemente si ese sujeto tenga alguna vulnerabilidad asociada, algún grado de dependencia o discapacidad. Desde una perspectiva de derechos humanos entonces, debiera ser el Estado el garante de esta igualdad material, de todas las personas y en caso que alguna se encuentre en alguna situación de vulnerabilidad, dependencia o discapacidad, entonces volverá a ser el Estado el obligado a otorgar apoyo en el ejercicio de su capacidad jurídica y a asegurar que, en las medidas relativas al ejercicio de esta capacidad, se proporcionen salvaguardias adecuadas y efectivas para impedir abusos. (artículo 30 CIDHPM)

REFLEXIONES FINALES

A partir de estas nuevas concepciones, es dable concluir que, al contrastar con las normas jurídicas actuales en Chile sobre capacidad, en que nuestro sistema Civil se inserta en la dualidad de la capacidad y la incapacidad, siendo las personas declaradas interdictas por demencia, absolutamente incapaces de obrar en el ámbito patrimonial, las brechas para su adecuación a los estándares contenidos en la Convención interamericana se vislumbran enormes.

La Convención Interamericana se constituye como un aporte fundamental en la especificación de los derechos generales de las personas de edad, la que, al ser un instrumento jurídicamente vinculante, trae consigo una serie de obligaciones para el Estado de Chile desde su ratificación, proceso que se encuentra perfeccionado desde octubre de 2017, obligaciones que por cierto incluyen la adecuación normativa en aquellas materias, establecidas en la Convención y que no se encuentren garantizadas por el ordenamiento jurídico actual.

Creemos firmemente que el avenimiento de este nuevo instrumento jurídico internacional, traerá consigo una visibilización de problemáticas jurídicas de las personas mayores, actualmente invisibilizadas ante la generalidad con la que sus requerimientos son tratados, como, en los casos que hemos revisado a lo largo de este trabajo, de dependencia y requerimiento de cuidados, cuya solución jurídica actual es la declaración de interdicción por demencia. Una discusión seria y abierta, que involucre a los profesionales que deben intervenir en este proceso, tanto del área de la salud, como abogados y los propios involucrados y sus familias, que permita contrastar los estándares sobre estas temáticas que proprociona la Convención y que hemos señalado

someramente a lo largo de este trabajo, como los derechos a independencia y autonomía, así como al igual reconocimiento como persona ante la ley, permitirá hacernos cargo como país de uno de los requerimientos urgentes cual es, las modificaciones legales que superen el modelo dualista de capacidad plena con absoluta incapacidad, a avanzar en nuevos modelos que respetando los estándares de la Convención, establezcan un sistema progresivo de apoyos, con las salvaguardas adecuadas, garantizadas por el Estado, que permitan avanzar en una adecuada protección de los derechos de las personas mayores dependientes, con pleno respeto a su independencia y autonomía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadísiticas (INE). [Internet]; 2017 [citado 2018 03 17. Disponible en: http://www.censo2017.cl/proceso-censal-resultados-preliminares/.
2. Diario Oficial de Chile. [Internet]; 2017 [cited 2018 03 10. Disponible en: http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Decreto_Promulgatorio_Convencion_Interamericana.pdf.
3. Servicio Nacional del Adulto Mayor. Estudio Nacional de la Dependencia. Primera ed. González F, Massad C, Lavanderos F, otros y, editors. Santiago: Ed. SENAMA; 2009.
4. Diccionario de la Real Academia Española.
5. Decreto Supremo Nº 14/2010 Ministerio de Salud; 2010 [citado 2018 03 20. Disponible en: https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1015936&buscar=Aprueba+reglamento+de+establecimientos+de+larga+estad%C3%ADa+par
6. Ministerio de Salud. [Documento]; 2017 [cited 2018 03 20. Disponible en: http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/PLAN-DE-DEMENCIA.pdf.
7. Huenchuan S. Autonomía y dignidad en la vejez; teoría y práctica de los derechos de las personas mayores. Primera ed. Huenchuan S, Rodríguez R, editores. Ciudad de México: CEPAL; 2014.
8. Ley Nº 19.828. [Online].; 2003 [citado 2018 03 15. Available from: https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=202950.
9. Servicio Nacional del Adulto Mayor. Cuarta Encuesta Nacional de Inclusión y Exclusión Social. Primera ed. Thumala D, editor. Santiago: Ed. SENAMA; 2015.
10. Barcia R. Algunas críticas al derecho común y especialemnte a la regulación de las incapacidades respecto del adulto mayor en el ordenamiento jurídico chileno. Revista Chilena de Derecho privado. 2014; 23: 57-86.
11. SENAMA. Convención Internaricana sobre la Protección de los DErechos humanos de las Personas Mayores, Análisis de Brechas Legislativas y Propeustas para su Implementación en Chile. Promera ed. Mora T, Herrera F, editors. Santiago: SENAMA; 2018.
12. Mayores. OAS [Internet]. Washington DC; 2011 a 2015 [citado 2018 04 12. Disponible en: http://www.oas.org/consejo/sp/cajp/Personas%20Mayores.asp.
13. Convención sobre los derechos de las Personas con Discapacidad (ONU). [Internet]; 2007 [citado 2018 03 21]. Disponible en: http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf.
14. Ruz G. El impacto en la legislación civil chilena de la recepción de las nociones de autonomía e independencia contenidas en la Convención Interamericana de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Revista de Derecho, Fac. de Ciencias Jurídicas. Universidad Católica del Norte. 2019; 26 (sin publicar)(1).

[1] El artículo 7º dispone: Derecho a la independencia y a la autonomía

Los Estados Parte en la presente Convención reconocen el derecho de la persona mayor a tomar decisiones, a la definición de su plan de vida, a desarrollar una vida autónoma e independiente, conforme a sus tradiciones y

creencias, en igualdad de condiciones y a disponer de mecanismos para poder ejercer sus derechos.

Los Estados Parte adoptarán programas, políticas o acciones para facilitar y promover el pleno goce de estos derechos por la persona mayor, propiciando su autorealización, el fortalecimiento de todas las familias, de sus lazos familiares y sociales, y de sus relaciones afectivas. En especial, asegurarán:

a) El respeto a la autonomía de la persona mayor en la toma de sus decisiones, así como a su independencia en la realización de sus actos.

b) Que la persona mayor tenga la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vea obligada a vivir con arreglo a un sistema de vida específico.

c) Que la persona mayor tenga acceso progresivamente a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad, y para evitar su aislamiento o separación de esta.

[2] Artículo 30. Igual reconocimiento como persona ante la ley

Los Estados Parte reafirman que la persona mayor tiene derecho al reconocimiento de su personalidad jurídica.

Los Estados Parte reconocerán que la persona mayor tiene capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida.

Los Estados Parte adoptarán las medidas pertinentes para proporcionar acceso a la persona mayor al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica.

Los Estados Parte asegurarán que en todas las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica se proporcionen salvaguardias adecuadas y efectivas para impedir los abusos de conformidad con el derecho internacional en materia de derechos humanos. Esas salvaguardias asegurarán que las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona mayor, que no haya conflicto de intereses ni influencia indebida, que sean proporcionales y adaptadas a las circunstancias de la persona mayor, que se apliquen en el plazo más corto posible y que estén sujetas a exámenes periódicos por parte de una autoridad o un órgano judicial competente, independiente e imparcial. Las salvaguardias serán proporcionales al grado en que dichas medidas afecten a los derechos e intereses de la persona mayor.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el presente artículo, los Estados Parte tomarán todas las medidas que sean pertinentes y efectivas para garantizar el derecho de la persona mayor, en igualdad de condiciones con las demás, a ser propietaria y heredar bienes, controlar sus propios asuntos económicos y tener acceso en igualdad de condiciones a préstamos bancarios, hipotecas y otras modalidades de crédito financiero, y velarán por que la persona mayor no sea privada de sus bienes de manera arbitraria.

MIRADA PÚBLICA AL DETERIORO PSICORGÁNICO ASOCIADO A LA EDAD

Carlos Sciolla Donoso

RESUMEN

La posibilidad de experimentar un deterioro psico-orgánico asociado al envejecimiento, incluyendo la aparición de un síndrome demencial, constituye uno de los fenómenos patológicos de mayor impacto para la población. Las encuestas de opinión realizadas a nivel internacional muestran que la enfermedad de Alzheimer y otras demencias están entre las enfermedades más temidas.

Por otra parte se está acumulando suficiente evidencia que permite estimar que si se lograra retardar la aparición de deterioro psico-orgánico, se podría reducir de manera significativa el número de casos patológicos. Se ha calculado que retardar el comienzo de estas enfermedades en cinco años, disminuirá a la mitad los pacientes afectados.

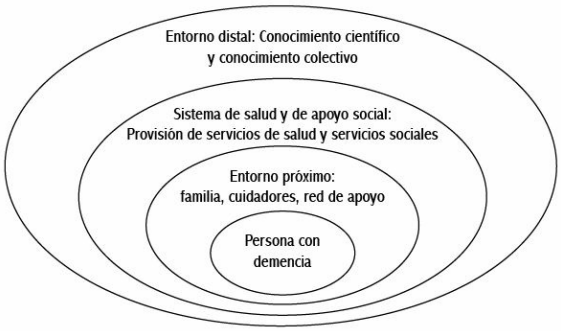
Dado el actual contexto de variación de los índices demográficos que incluye mayor sobrevida y la transformación de la pirámide poblacional con el aumento sostenido de la población en riesgo y la falta de herramientas específicas de intervención terapéuticas, resulta perentorio el fomentar las investigaciones tanto clínicas como epidemiológicas en el área, además de estimular la formación de recursos humanos capacitados para la atención de los y las afectadas, incluyendo a sus cuidadores dado el enorme impacto pisco-social que recae en ellos.

Por último, queda pendiente impulsar una reflexión ética en torno a esta problemática para contrarrestar el nivel de estigmatización asociado a estas patologías, como también promover su re-integro social, proteger sus derechos y dignificar a quienes afecta una de estas patologías. Junto a esto se requiere impulsar la creación de redes de apoyo ciudadano para los y las afectadas como para sus cuidadores, además, del reconocimiento público del rol que cumplen estos últimos.

INTRODUCCIÓN

Al menos desde el año 2012 que la OMS (WHO), en conjunto con la federación mundial de asociaciones de especialistas médicos dedicados a la enfermedad de Alzheimer, vienen recomendando priorizar la atención de personas afectadas de un Síndrome Demencial [paSD] considerando el incremento en su frecuencia y el impacto individual, social y económico que esto conlleva. Dentro de sus recomendaciones está el contar con estrategias de acción ajustadas a la complejidad del problema, bajo un trato digno y de respeto, que contribuyan a su prevención, detección precoz y tratamiento temprano, promover la reducción del estigma y exclusión ampliando sus redes sociales de contacto [1] e introduciendo idealmente un modelo de gestión de casos. Además impulsar el desarrollo de la meta-cognición, el apoyo a cuidadores, el cuidado residencial, la integración y coordinación de los programas de atención y, finalmente, la formación de recursos humanos y el impulso a la investigación, aludiendo a los diferentes niveles de alcance de los planes de intervención (Figura 1).

FIGURA 1. Niveles de alcance de objetivos en planes nacionales de demencia



Fuente: Elaboración propia

A nivel gubernamental el 2014 se conformó una comisión en el MINSAL para elaborar un borrador de un Programa Nacional de Salud de las Personas Adultas Mayores [2] en torno al SD cuyos objetivos principales eran: la prevención por medio de la red existente; el desarrollo de un sistema diagnóstico y uno de referencia y contra-referencia; implementar un sistema de cuidados continuos en diferentes grados de complejidad; fortalecer el conocimiento; desarrollar habilidades y competencias para atención de actores sociales y sanitarios; promover comunidades amigables y solidarias hacia las paSD; e implementar sistemas de evaluación y monitoreo. El año 2017 se dio inicio a un Plan Nacional [3] respecto de las paSD. Este Plan se ha concretado parcialmente. Entre las estrategias desarrolladas a nivel de intervención, especialmente de quienes presentan dependencia de terceros, están los Centros de Día. Estos dispositivos forman parte de las redes socio-sanitarias implementadas en base a un enfoque más abarcativo que el de carácter médico; de hecho incluyen programas que permiten fortalecer, estimular y mantener sus habilidades residuales, como también proporcionar respiro al cuidador.

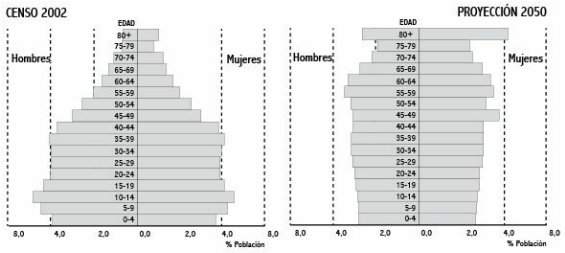
Si consideramos la oferta de otros servicios públicos, emergen principalmente los del SENAMA que, dada su misión, ofrece una amplia gama de iniciativas —detalladas en su

página web— para los mayores de 60 años [m60a], resaltando el dirigido al grupo de "dependientes", promoviendo el retardar, atender y rehabilitar su dependencia. Además, existe la oferta de los ELEAM, el que aparece claramente insuficiente.

Pero para entender la creciente importancia del área de las patologías que involucran deterioro cognitivo en el adulto mayor, conviene considerar las modificaciones demográficas que se han producido los últimos 50 años a nivel mundial, y en particular en Chile, donde según las últimas cifras de la CASEN de 2013 los m65a representa el 16,7% de la población, equivalente a 2.885.157 de personas [4]. Si consideramos el índice de envejecimiento —que compara la población de niños entre 0 y 14 años con la población de 60 y más años— también ha mostrado un aumento progresivo. Ambos grupos etarios se igualarían el año 2023 según el informe INE-CEPAL (Gráfico 1) [5]. A ese fenómeno conviene agregar la modificación sustancial en la esperanza de vida, que en la actualidad es de 79,1 años promedio, con 76,1 años para los hombres y 82,2 años para las mujeres; tal diferencia se ve reflejada en el hecho que dentro de los mayores de 80 años hay casi dos mujeres por cada hombre. Finalmente señalar que en Chile, según informa el sistema estadístico del MINSAL (DEIS), y reportado por el documento de difusión del Programa Nacional de Salud para Adultos Mayores de 2014 [2], la tasa de mortalidad general es de 5,7 cada 1.000 habitantes, mientras que la de los adultos entre 65 y 79 años es de 23,8 (hombres 32,5 y mujeres 19,6) y la de los m80a es de 111,8 (hombres 132,1 y mujeres 107,6).

De los datos que se desprenden de la CASEN, destaca el que el 85% de los m60a vive en zonas urbanas, con un 58,6% de mujeres y un 41,4% de hombres; en el caso de zonas rurales la distribución es de 50% para cada grupo. En cuento a los aspectos socio-familiares esta encuesta muestra que un 81,6% de esta población son propietarios de su vivienda, y un 60,6% son jef(as)es de hogar; por otra parte 1 de cada 10 vive solo.

GRÁFICO 1. CHILE: Distribución porcentual de la población por sexo, según grupos quinquenales de edad. Censo 2002 y estimada al 2050



Respecto de las condiciones socio-económicas, el Informe de Desarrollo Social del MIDESO de 2014 [4] muestra que el 8.4% de esta población se encuentra en situación de extrema pobreza (medido a partir de considerar solo el ingreso económico). Por otra parte, usando una nueva metodología que considera multi-indicadores y no solo el ingreso, un 19,7% de esta población se encuentra bajo la línea de la pobreza multi-dimensional; a esto se agrega el bajo nivel de pensiones, tomando como base las cifras

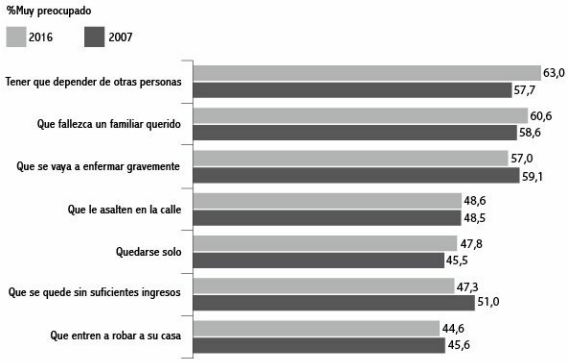
de la Superintendencia de Pensiones de 2016 que considera un promedio $ 209.981, con un 55,5% de cotizantes por un período menor a los 20 años. Además, la IV Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez [6] encargada por el SENAMA al CEVE en 2017, muestra un alto porcentaje de esta población ya jubilada que continúa trabajando, y los que dejaron de trabajar lo hacen por estar impedidos por serios problemas de salud. De hecho en otro estudio se menciona que el 20% de los m60a considera su salud como mala (y 41,9% como regular). Tabla 1 [7], que uno de cada 10 presenta tales limitaciones motoras y funcionales que no le permiten subir escaleras o tomar un bus; además que el 34% refiere percepciones tales como sentirse inútil, aburrirse o padecer de ansiedad.

TABLA 1. Autopercepción de la salud por sexo y grupo de edad (%). Gran Santiago, SABE 2000

	Hombres			Mujeres			
Calificación salud	60-64	65-74	≥75	60-64	65-74	≥75	Total
Buena	46,4	43,5	42,5	33,2	38,1	28,9	38,1
Regular	36,2	39,2	43,3	46,7	46,6	37,1	41,9
Mala	17,4	17,3	14,2	20,2	15,3	34	20
N. S.	0	0	0	0	0	0,1	0,01
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

El Índice de Calidad de Vida en la Vejez, que se define en la misma encuesta, fue construido con los resultados obtenidos desde 2007 a 2016 y corresponde a un promedio simple de cuatro dimensiones. El subíndice mejor evaluado es el de calidad de las relaciones afectivas. Los peor evaluados son el de bienestar subjetivo (mejorando los últimos años) y el de condiciones materiales. Se incluyen otras mediciones como el nivel de satisfacción con la vida, satisfacción de necesidades, preocupación por ocurrencia de imprevistos (ver Gráfico 2). Todas estas mediciones se ven influidas negativamente por el nivel educacional; según las cifras del MIDESO, el 71,8% no terminó la educación media y el 86,2% no utiliza internet.

GRÁFICO 2. ¿Cuán preocupado(a) está Ud. de que le vayan a suceder las siguientes cosas?



En esta misma encuesta se alude que en promedio solo para el 43% de los encuestados percibe que sería un deber de los hijos cuidar a sus padres cuando no puedan valerse por sí mismo (obligatoriedad filial), y que un 49% estaría dispuesto a que los hijos vuelvan a vivir con ellos si lo necesitan (obligatoriedad parental); además, en caso de no poder vivir en forma independiente, solo un 17% preferiría hacerlo en un establecimiento de larga estadía respecto de que alguien externo o en casa de un hijo o hija.

Si se consideran las relaciones sociales en sentido amplio, la socialización en las personas mayores es un gran factor protector para la salud física y mental, dado que les permite sentirse integrados, queridos, potenciar sus características personales, satisfacer sus necesidades, evitar el abandono y la soledad, mantener los vínculos y sentirse apoyados socialmente, entre otros.

IMPACTO SOCIAL

Respecto del impacto en el entorno familiar y social, sabiendo que en Chile existen principalmente dos tipos de cuidados, los ELEAM y el ámbito familiar, por lo que sin duda un tema clave que se agrega a los efectos en la/el afectada/o son las repercusiones en sus cuidadores, llegando a constituirse estos en un grupo en riesgo de afectación de su funcionalidad, dado el impacto que representa la sobrecarga que les genera el esfuerzo por atender las necesidades de las paSD.

En relación a este impacto, el que afecta principalmente a mujeres quienes además ya cumplen un rol extra como encargadas de las labores domésticas, se considera fundamental el considerar el tiempo que consumen dedicado al cuidado, al que se agregan las perturbación de índole emocional, las alteraciones de sus rutinas diarias como la calidad del sueño entre otros, y los costos sociales asociados ante la interrupción o postergación del nivel de desarrollo de algún miembro familiar, como la suspensión de estudios y/o trabajo.

Dentro de los estudios efectuados al respecto destaca el encargado por el SENAMA, el Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores [8] publicado el año 2009 que incluyó 4.860 personas en la muestra, donde resalta el hecho que el 95% de los cuidadores son parientes, mayoritariamente mujeres (85,6%). No resulta extraño comprobar que el 92% de estos no recibe remuneración y que 45% realiza las tareas de cuidado durante todo el día, solo el 47,2% comparte con otras personas dicha tarea, siendo los hombres quienes reciben más ayuda de terceros en el 64,8% de los casos, versus el caso de las mujeres quienes reciben ayuda en el 43,8% de los casos. Por otra parte la mitad de los entrevistados lleva seis años desde que tomó sus últimas vacaciones y que en 25% de los casos han incluso transcurrido diez o más años. A esto se suman los aspectos señalados por la IV Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez [6], en cuanto a la percepción de los principales problemas asociados al cuidado como: la “falta tiempo para ellos/as mismos” en un 18,6% de los entrevistados, la presencia de “problemas de salud” asociados a la tarea en un 12,1%, la presencia de “déficits

económicos" en un 11,1% y, el "agotamiento físico y/o psicológico" para un 10,3% de los mismos. Sin duda que para quienes cuidan a postrados, este agotamiento físico y psicológico aumenta hasta en un 20%. Por último, el estudio señala la presencia de síntomas depresivos en un 47,2% de los entrevistados y que un 21,1% del total de cuidadores presentan síntomas de patología depresiva, sin diferencias por sexo ni edad.

Sin duda que a esta descripción se agregan otras variables contextuales como la falta de apoyo social, el no tener a quien recurrir por ayuda, las cuales van conformando un conjunto de factores significativos que pueden generar un nivel importante de sobrecarga. Aunque sin duda que el grado de alteraciones del comportamiento y el grado de deterioro funcional se correlacionan fuertemente con este grado de sobrecarga; pero no es menos cierto que a estos se suman otros factores o determinantes psico-sociales, tales como la presencia de condiciones de pobreza, la imposibilidad de tomar descanso, o la ausencia de medios de entrenamiento o de recursos alternativos para cumplir la tarea. A todo el panorama anterior se asocia finalmente el compromiso de la salud de los cuidadores, lo que genera un alto riesgo de morbilidad asociada, que se puede traducir en riesgo de abandono de dicha tarea o el incremento de malos tratos dada la condición de un cuidador abrumado.

El otro estudio que cabe mencionar es Cuídeme [9], que también señala que el 95% de los cuidadores son familiares, con un 74,9% de mujeres, con una proporción de 41,9% que realiza su labor desde hace al menos cinco años, además de que el 12,7% debió dejar de trabajar para cumplir ese rol y que un 47,3% tuvo que reducir sus horas de trabajo por los mismos motivos. Además, se señala que el 62,9% presenta niveles de sobrecarga severa —usando la Escala de Sobrecarga Zarit— [10], que a un 46,7% los afecta algún trastorno del área de la salud metal
—usando el Cuestionario de Salud de Goldberg GHQ-12— [11] y que en el 34,4% se aprecia un nivel alto de disfunción familiar, medido a través de la Escala Apgar familiar.

En la descripción de las actividades que deben desarrollar se señala que deben dedicar entre 5,8 y 7,33 hrs. al apoyo de las ABVD, alrededor de 7,61 a 7,88 hrs. para las AIVD y entre 8,32 y 9,1 hrs. en la supervisión.

En este mismo sentido, es importante entender la imagen proyectada por la vejez que en lo fundamental aparece como devaluada, lo que genera un círculo vicioso en que las generaciones más jóvenes reniegan de los mayores y los asocian a características negativas, tales como: de improductividad, de dependencia, de carga económica, de aislamiento, soledad y desinterés social. Esto impacta a su vez en la propia mirada que tienen de sí mismas los adultos mayores. De hecho, en el Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores [8] se observa que 2/3 de los encuestados señala como identidad del ser adulto mayor, el que esté asociada a la incapacidad de valerse por sí mismo, además que sus capacidades conservadas se aprecian subestimadas, y la persistente sensación de sentirse inútil o que se convertirán en un estorbo.

El mismo SENAMA el año 2013, realiza la III Encuesta Nacional de Inclusión y Exclusión Social [12], constatando un predominio de una visión negativa de la vejez y

dado el actual contexto macro-social, la vejez se vive en un contexto de desprotección que predispone a la exclusión, y donde destacan diversas limitaciones como la pérdida y vacío de roles o la dificultad de experimentar una muerte digna. Entre otras consideraciones se expone que el 74% de la población señala que los adultos mayores son incapaces de valerse por sí mismos, y un 52,6% le entrega la responsabilidad de su bienestar al Estado, solo un 44,9% a la familia y apenas el 2,6% a los mismos adultos mayores. Se señala como visión predominante la perspectiva de la pérdida: pérdida de la salud, pérdida del rol social, pérdida de bienestar, pérdida de afectos y pérdida de seres queridos.

Tema aparte es considerar diferentes grados de estigma —o de desacreditación social— [13] asociados al Síndrome Demencial, entre ellos asumir que no tienen calidad de vida ni capacidad de disfrutar o que se pierde la condición de persona, que si se suma a los estereotipos asociados a la vejez se puede generar un estigma doble. Por cierto, lo favorece el que se discrimine positivamente a la juventud por sobre la experiencia.

Por otra parte, conviene considerar la presencia del fenómeno de maltrato —como acto único y reiterado, de comisión u omisión, que causa daño o aflicción y que se produce en cualquier relación donde exista expectativa de confianza— hacia estas personas, como expresión de violación de sus derechos y por los daños ocasionados, lo que exacerba la pérdida de productividad, el aislamiento y la desesperación. Este fenómeno no solo incluye los de tipos físico y psicológico, sino que también los patrimoniales y de abandono social. En relación a esta arista del problema, se creía que el género, la edad o los problemas físicos eran factores comunes a estas situaciones de maltrato, pero investigaciones recientes han demostrado que estos factores por sí mismos no explican la violencia, sino que actúan como co-adyuvantes.

El estrés del cuidador/a también ha sido identificado como una causa común, y más que el tipo de relación lo que interesa es la calidad de la misma.

En este contexto se enmarcan las definiciones que se requieren en el ámbito de las políticas públicas, considerando que la pérdida de salud se destaca como la mayor preocupación al envejecer, ya que temen enfermarse gravemente (58,1%), o depender de otro para su cuidado (58,8%) [6].

Considerando el concepto de carga provocado por una enfermedad crónica, el informe final encargado por el MINSAL [14] el 2007, en la medición de AVISA el sub-grupo de condiciones neuro-psiquiátricas representa el primer lugar con un 23,2%, seguido por el de las enfermedades digestivas con un 15,8% y de las enfermedades cardio-vasculares con un 12,1%, las de las lesiones y las enfermedades músculo-esqueléticas ambas con un 7,7%, y finalmente las de las neoplasias con un 5,9% y de las lesiones intencionales con un 3,8%. Por otra parte, si se considera al Síndrome Demencial como causa específica muerte, ha pasado de ocupar el lugar 49º en 1990 al lugar 17º en 2010, con alrededor de 3.400 defunciones en el año.

Respecto de los costos asociados, el año 2010 se estimó que a nivel mundial correspondería al 1% del producto interno bruto (PIB). Si se desagrega esta cifra, una

parte corresponde a gastos médicos (lo que incluye consultas médicas, medicamentos y exámenes, etc.), y otra parte sustancial a los costos sociales, por una parte, directos (que incluye institucionalización, remuneración de cuidadores, etc.), y por otra a los costos sociales indirectos (principalmente asociado al cuidado informal). Se ha calculado que en Latinoamérica el costo directo anual por persona sería de US$ 4.943, y el indirecto de US$ 8.974, con un gasto total de US$ 13.917. En Chile, en cambio, el estudio Cuídeme —que involucró una cohorte de cuidadores informales—, calculó el costo anual en US$ 10.980 (US$ 11.472 si se incluyen los gastos médicos del cuidador), con un 20% de costo directo, un 5% de costo social directo y un 75% de costo social indirecto [9].

MAGNITUD DE LOS PROBLEMAS ASOCIADOS A LA EDAD

Como antecedente de la magnitud del deterioro psico-orgánico asociado a la edad, la Encuesta Nacional de Salud publicada el año 2009 [15] mostró una prevalencia de deterioro cognitivo en el adulto mayor de 10,4%. Además, emergen como condicionantes a la aparición de deterioro, la elevada presencia de patología cardio-vascular, además de altos niveles de sedentarismo (96,1% en los mayores de 65 años), de obesidad con un 75,4% e hipertensión arterial con 74,6%. Por otra parte la información estadística muestra una prevalencia de síntomas depresivos de un 11,2% (inferior a nacional de 17,2%; mayor mujeres 16,9% que hombres 4,1%), pero con altas tasas de suicidio en hombres, con un nivel de consumo de tabaco y alcohol por debajo de la media nacional.

Otro dato que sobresale es el alto nivel de consumo de medicamentos, con un promedio de 4,2 por día, casi duplicando el grupo de menores de 65 años; las mujeres presentan un promedio de 4,3 medicamentos por día versus los 3,9 de los hombres. Según la ya mencionada IV Encuesta Nacional de Calidad de Vida Vejez [6], el 18.1% consume más de seis fármacos al día.

Corroborando estos datos el Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores [8] encontró en el 7,1% de los m60a presencia de deterioro cognitivo (con un 7,7% en mujeres y 5,9% en hombres) con un aumento exponencial a partir de los 75 años con un 8,4% entre los 75-79 años y un 40,3% en los m85a (ver Gráfico 3). Además, se encontró que un 24,1% de los m60a algún grado dependencia, principalmente en mujeres, de ambientes rurales, y con un nivel socioeconómico bajo (ver Tabla 2). La limitación funcional y su grado de severidad se definió de acuerdo al criterio basado en número y tipo de dificultades o incapacidades para efectuar determinadas actividades de la vida diaria (AVD).

GRÁFICO 3. Prevalencia Deterioro Cognitivo en las personas mayores por Quinquenio de edad y sexo. EDPM 2009

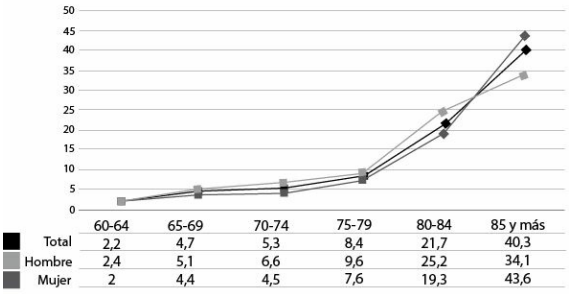


TABLA 2. Nivel de dependencia en las personas mayores. EDPM 2009

Nivel de dependencia	Número	Porcentaje
Dependencia severa	208.243	12,4
Dependencia moderada	85.229	5,0
Dependencia leve	112.067	6,6
Sin dependencia	1.276.792	75,9
Total	1.682.331	100

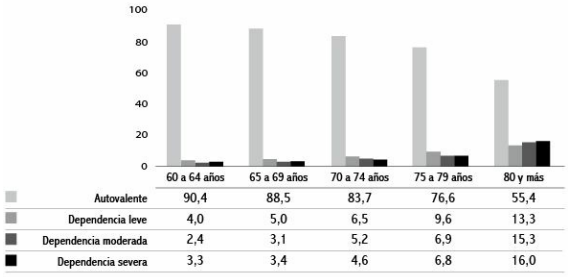
Respecto del nivel de las redes de contacto familiar el porcentaje de personas que ve casi todos los días a los hijos, nietos u otros familiares es relativamente similar si se comparan los niveles de dependencia, con un promedio de 65%. Por otra parte, una cuestión crítica que plantea esta información es la elevada proporción de personas con dependencia severa que no ve nunca a estos familiares (13,1%), en comparación con personas con menores niveles de dependencia, quedando de tal modo en una potencial situación de abandono.

Por otra parte, una importante fuente de información estadística del ámbito público proviene de la realización sistemática del examen preventivo dirigido a la población mayor de 65 años, Examen de Medicina Preventiva del Adulto (EMPAM), el cual pesquisa los factores de riesgo, los problemas de salud e intenta predecir la pérdida de funciones, por lo que clasifica a la población en: auto-valente/auto-valente con riesgo/en riesgo de dependencia/con dependencia (de nivel leve, moderado, grave o total), además de definir un plan de atención y uno de seguimiento. Se realiza en dos fases, la 1ª para la medición de parámetros antropo-métricos y la 2ª para la medición del nivel funcional del adulto mayor a través del Examen de Funcionalidad del Adulto Mayor (EFAM) [16], que incluye el nivel de ejecución de las AVD, pruebas de la funcionalidad motora, la evaluación del estado anímico, los años de escolaridad y una evaluación cognitiva breve; además determinar la presencia de redes, y la aplicación de diferentes índices. EL EFAM mide además factores de riesgo de dependencia, mientras que para evaluar la discapacidad se aplica el Índice Barthel.

La información obtenida desde el DEIS, en base a los datos aportados por el EMPAM, refiere que para el año 2011, de una población total de 1.386.601 personas se alcanzó una cobertura del 41% equivalente a 566.827 personas, y que clasificados por condición

de funcionalidad según la EFAM: un 69,8% es autovalente, (41,2% auto-valente sin riesgo y 28,7% auto-valente con riesgo), 17,2% está en riesgo de dependencia y el 13% restante es dependiente (ver Gráfico 4).

GRÁFICO 4. Población adulta mayor según categoría de dependencia funcional por tramo de edad. 2013



	60 a 64 años	65 a 69 años	70 a 74 años	75 a 79 años	80 y más
Autovalente	90,4	88,5	83,7	76,6	55,4
Dependencia leve	4,0	5,0	6,5	9,6	13,3
Dependencia moderada	2,4	3,1	5,2	6,9	15,3
Dependencia severa	3,3	3,4	4,6	6,8	16,0

Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta Casen 2013.

Del total de personas con dependencia, el 64,2% corresponden a mujeres y el 35,8% restante a hombres, a partir de lo cual se debe considerar el enfoque de género al momento de diseñar políticas. Según el Índice de Barthel, del total de personas mayores con dependencia en control, el 50,8% es dependiente leve, 22,9% dependiente moderado, 12,8% dependiente grave y 13,5% dependiente total, observándose diferencias significativas entre hombres y mujeres. Así si el índice EFAM —en que se considera el puntaje obtenido en el MMSE [17] y en el Pfeffer [18]— resultan dentro de rangos de alteración cognitiva y de dependencia, se debe descartar la existencia de un síndrome demencial ante lo cual se realiza un Minimental Extendido [18], y para confirmar el diagnóstico médico es derivado para atención en el nivel de especialidad, teniendo en cuenta que lo que distingue al Síndrome Demencial es la afectación significativa del nivel funcional, lo que interfiere significativamente el desempeño social y por ende la vida independiente; se postula que un grupo de alrededor de un 10 a 15% de los caso de deterioro cognitivo leve podría representar un estado prodrómico y podría desarrollar un Síndrome Demencial.

ACCIONES Y PLANES GENERALES DE SALUD

En el año 2012, el SENAMA desarrolla la "Política Integral de Envejecimiento Positivo" 2012-2025, que se constituye como una respuesta intersectorial a las necesidades de las personas adultas mayores. Esta política fue desarrollada por un equipo de trabajo intersectorial, coordinado por el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) compuesto por el Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Salud, la Comisión Especial de Adulto Mayor de la Cámara de Diputados y el Comité Consultivo del Adulto Mayor de SENAMA. Entre otros elementos considerados está lo establecido por la OMS respecto de cómo evaluar el estado de salud funcional (que incluye las ABVD y AIVD, la salud física, los recursos sociales, económicos y ambientales), dado

que se define el estado de salud del adulto mayor en términos del mantenimiento de su capacidad funcional, que le permite enfrentar el proceso de cambios que conlleva el envejecimiento a un nivel adecuado de adaptabilidad y satisfacción personal, lo cual contribuye a su vez a mantener una adecuada calidad de vida. En el mismo sentido se considera que la participación social constituye un factor protector, incluyendo el identificar y priorizar los problemas y necesidades, formulando y ejecutando en forma colaborativa propuestas en el área de la salud. Por lo anterior, contemplarla con un enfoque integral implica que los programas destinados a promover la funcionalidad deben, al menos, considerar la educación en salud y la estimulación de las funciones implicadas en los actos motores, cognitivos y sociales del adulto mayor en su comunidad.

Es así que, como respuesta a la detección de casos de deterioro psico-orgánico se ha desarrollado el Programa Más Adultos Mayores Auto-valentes que incluye actividades grupales de educación para el auto-cuidado, la estimulación funcional y cognitiva, con un enfoque de atención salud integral [19].

Para entender el énfasis en los programas de salud conviene recordar que una de las principales estrategias desarrollas desde la década de los 90 por el MINSAL fue fortalecer la red de APS incluyendo el desarrollo de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) para mejorar la accesibilidad, reducir la fragmentación de la atención y responder a las necesidades y expectativas de las personas, y resolver la brecha existente. Otro aspecto involucrado en la atención de la APS del área Salud Mental incluye el modelo de salud familiar, lo que favorecería la detección de eventuales usuarios afectados, al constituirse en la puerta de entrada para la oferta integrada de atención, particularmente en la realización del examen médico preventivo de personas adultas mayores (EMPAM).

Por otra parte, el enfoque de derechos resaltado por la OMS, incluye a las personas con Síndrome Demencial y sus familias dando acceso y apoyo personalizado, continuo y coordinado, además de sugerir que involucre a los servicios sociales en la atención de salud, favoreciendo el respeto de su dignidad, promoviendo su participación y mejorando su calidad vida, además de enfatizar el diagnóstico precoz, reducir la estigmatizaron y mejorar el apoyo a los cuidadores.

Respecto del desafío de brindar apoyo a familiares y/o cuidadores, un rol prioritario en la atención en la APS será atender a la afectación emocional por la progresiva pérdida de los roles sociales ejercidos por el ser querido y la enorme carga derivada de las demandas internas o externas que exceden su capacidad de respuesta, lo que se traduce en altos costos personales [20] e incluso, lejos de ser apreciado, estimulado y comprendido, el cuidador es criticado y no recibe apoyo del grupo familiar.

Para cumplir el principal desafío que implica pesquisar el deterioro cognitivo en sus estadios iniciales se plantea la propuesta de relacionar los Planes y Políticas considerando al MIDESO, vale decir desarrollar el enfoque socio-sanitario.

Dentro de los objetivos especificados que conlleva desarrollar un trabajo continuo y articulado en red, que facilite el diagnóstico precoz y promueva la atención integral de las personas con deterioro cognitivo o Demencia, estarían:

1. Potenciar acciones de prevención del deterioro funcional, de ese modo favorecer la autonomía y la auto-valencia;
2. Mejorar la calidad de las evaluaciones diagnósticas en la APS desarrollando instrumentos cada vez más específicos;
3. Desarrollado un plan de rehabilitación del deterioro cognitivo leve;
4. Implementar un plan de apoyo psico-social para cuidadores informales y familiares;
5. Fortalecer la referencia y contra referencia para la atención de las personas afectadas y de su entorno.

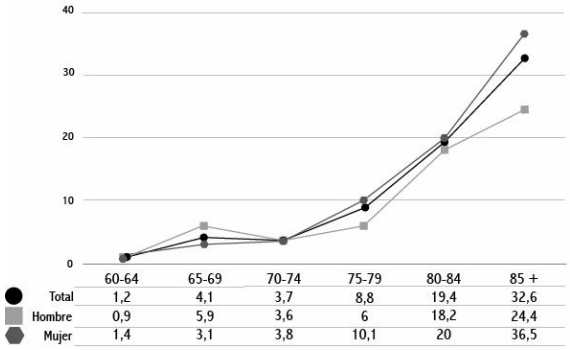
Y las estrategias son:

1. Fortalecer los equipos APS en el diagnóstico presuntivo de los Síndromes Demenciales, a través de capacitación continua.
2. Implementar protocolos de referencia y contra referencia, para la resolución de problemas de mayor complejidad.
3. Coordinar acciones con el inter-sector socio-sanitario para favorecer el diagnóstico oportuno.
4. Regular la atención de personas en el nivel secundario mediante protocolos y guías.

FACTORES DE RIESGO Y ESTRATEGIAS PREVENTIVAS DEL SÍNDROME DEMENCIAL

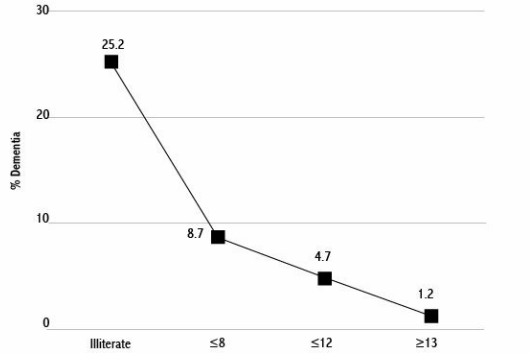
Respecto de las etiologías del Síndrome Demencial, cada una se relaciona con sus propios factores de riesgo y de protección, aunque algunos son compartidos como es el caso del síndrome metabólico el cual se asocia con mayor riesgo de demencia de origen vascular o de Enfermedad de Alzheimer; a estos se suman los factores no modificables como la edad y la historia familiar, como es el caso de la Enfermedad de Alzheimer en que después de los 65 años se duplica la prevalencia cada cinco años y afectando a casi la mitad de los m85a. Véase Gráfico 5 y Tabla 3 con proyecciones [3]. Algunos factores de riesgo serían modificables como serían el síndrome metabólico, el tabaquismo, el menor número de años de educación (ver Gráfico 6) [21] o un estilo de vida poco saludable.

GRÁFICO 5. Prevalencia demencias según edad en personas mayores 65 años



Fuente: ENADEM, 2009

GRÁFICO 6. Prevalence of dementia by years of education, Chile 2010



Dentro de los factores protectores a considerar, además del control de los factores de riesgo mencionados, se encuentran: el mejorar el nivel educacional, el promover un estilo de vida saludable que incluye incentivar la actividad física regular, el desarrollo de programas de estimulación mental que promuevan la neuro-plasticidad y preserven las funciones conservadas y por último, el fomentar la interacción social.

Dentro de las estrategias preventivas, además de la detección de los cambios cognitivos y conductuales precoces que indiquen un deterioro, está el orientar al grupo familiar de cómo retrasar su avance a través del control de los conflictos interpersonales relacionados a síntomas mal interpretados, el mantener al familiar activo e integrado socialmente, y finalmente lograr la sensibilización de la comunidad para que disponga de medios que favorezcan su integración en actividades cotidianas, y así permitir el descanso de los familiares.

TERAPIA FÍSICA COMO ELEMENTO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS DEMENCIAS

Se ha impuesto en el contexto de la rehabilitación la perspectiva trans-disciplinaria tanto de la OMS como de la OPS. Dentro de este esquema los estudios que involucran la realización de activación física han mostrado impacto no solo en las funciones neuro-

cognitivas y en general en el nivel funcional, sino que además en la disminución del riesgos de caídas o como potencial reductor del consumo de fármacos. La evidencia apoya la incorporación de la rehabilitación física en la prevención y el tratamiento en ciencias básicas y estudios clínicos [22, 23]. Estudios epidemiológicos han evidenciado una correlación entre la actividad física y el estado cognitivo, así como de las estrategias para mejorar la memoria [24].

La práctica regular de actividad física se asocia a modificaciones estructurales del tejido cerebral, favoreciendo la angio-génesis, la neuro-génesis y la sinapto-génesis [25, 26]. Además, los programas de ejercicios moderados y alta intensidad disminuirían la producción de radicales libres, aumentando las enzimas antioxidantes y los mecanismos neuro-inflamatorios [27].

INICIATIVAS NACIONALES PARA EL ABORDAJE DE LAS DEMENCIAS

Al menos desde el año 2005 que dentro de la APS, constituida como la primera "filtro" y principal "inter-fase" para con los usuarios del sistema, se instauró un "modelo de atención integral en salud", en que se sub-entiende que promover el desarrollo de los estilos de vida saludable, fomentar la acción inter-sectorial, fortalecer la responsabilidad individual, familiar y comunitaria e instaurar el cuidado continuo centrado en la persona y su entorno, está dentro de sus principales objetivos. Entre otras acciones dirigidas a los m65a se encuentra los controles de salud preventiva del EMPAM. Además se encuentran disponibles desde 2006 las Guías Clínicas a los Trastornos Cognitivos y Demencias en el Adulto Mayor, para médicos de la APS y recientemente para el Nivel Secundario, la existencia de un Programa para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias [3]. Dentro de lo que se considera una atención de tipo integral está el desarrollo del sistema de atención en red, que posibilite el acceso a un diagnóstico oportuno, la atención tanto al paciente como a su familia, ademas de derivación a los Centros de Día y Centros de Larga Estadía; se espera se creen Clínicas de Memoria y de Cuidados Paliativos.

Por otra parte, un importante aporte para la visibilización de esta problemática ha sido la constitución y funcionamiento de la COPRAD, constituida por familiares y profesionales del área, justamente para promover el desarrollo de políticas públicas, y que presentó, ya el año 2010, una Propuesta de un Plan Nacional de Alzheimer y otras Demencias [28].

ACCIONES Y PLANES ESPECÍFICOS DE SALUD

El año 2012 la comuna de Peñalolén presentó al SENAMA la idea de realizar el primer piloto de un centro diurno estatal para personas con Síndrome Demencial; este se

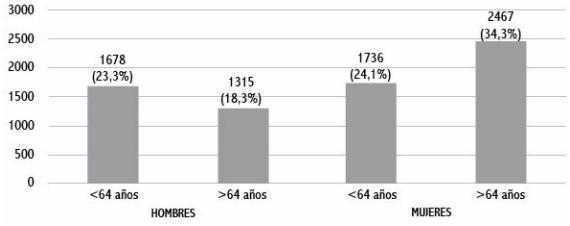
ubicaría en el Centro del Adulto Mayor con la supervisión técnica del centro especializado en Salud Mental (CoSAM), generando un modelo inicial socio-sanitario desde el Estado para su tratamiento. Tras ser aprobado el proyecto, durante el año 2013 comenzó su implementación, inaugurándose con el nombre de "Kintún" (en mapudungun indica "mirar alrededor"). Este Centro se orientó desde una mirada positiva a la mejora en la calidad de vida de las personas con demencia y sus familias, la prevención de la dependencia instando a la participación y la formación de los cuidadores.

Respecto de las acciones específicas de salud el Plan Nacional de Demencia [3] en ejecución desde el año 2017, contempló en su 1ª fase la creación a partir de 2015 de más Centros Diurnos para las paSD y sus familias, y que ahora se encuentran en funcionamiento en 15 comunas (uno de los últimos en la ciudad de Los Andes), con la participación de un equipo trans-disciplinario, que incluye acciones de estimulación cognitiva y la ejercitación de habilidades básicas de la vida diaria acordes al curso de vida, y así intentar detener el deterioro asociado a los Síndromes Demenciales y que considera líneas de capacitación en tres niveles: 1º a la familia de los usuarios, con estrategias de abordaje, promoción de la funcionalidad y el auto-cuidado; 2º a la red de salud, capacitando buenas prácticas en APS y los COSAM; 3º como extensión a la comunidad, con charlas de fomento del auto-cuidado y de conductas saludables.

Dado que el plan considera no solo a la familia y al cuidador, sino a los agentes socio-sanitarios en la comunidad, un tema importante a considerar será el concepto de entorno próximo [1], con lo que se debiera promover las intervenciones educativas, preventivas y promocionales sobre el manejo medio-ambiental dentro y fuera del hogar, así como de los cuidados básicos y de un eficaz manejo integral de las/los afectadas/os.

Dentro de la población beneficiaria de los Servicios de Salud del sistema público de salud, en cuanto a los programas de Salud Mental, el 10,3% de esa población son m65a, que incluye la enfermedad de Alzheimer y otros Síndromes Demenciales, correspondiente a estas últimas el 1,12% de los programas de Salud Mental equivalente a 7.196 casos, versus la población estimada de alrededor de 180.000 casos, algo que debiera ser corregido a la brevedad (ver Gráfico 7) [2].

GRÁFICO 7. Población en control en el Programa de Salud Mental por Alzheimer y otras demencias, según edad y sexo, Chile 2011



Fuente: Elaboración Deis-Minsal 2011.

Dentro de los distintos tipos de intervenciones para abordar los casos de demencia se encuentran:

- La terapia de orientación a la realidad: (grupal) para mejorar los déficits cognitivos y conductuales usando todas las modalidades sensoriales con información actualizada y veraz del paciente y entorno.
- La terapia de reminiscencia para revisión del propio pasado con ayuda de estímulos significativos para mejorar la coherencia y ajuste con entorno, además de favorecer la memoria, la creatividad y aumentar la resocialización estimulando la conversación logrando el incremento de la autoestima, de la satisfacción personal y del bienestar.
- La terapia de validación que pretende establecer una comunicación por medio de la aceptación de la realidad y tal como la experimenta el paciente.
- El entrenamiento cognitivo, sea individual, grupal, computarizada o musical con la repetición supervisada de conjuntos de actividades diseñadas para ejercitar una función cognitiva específica, como la memoria, la atención o la planificación, en diferentes entornos y formatos.
- La estimulación sensorial, sea músico-terapia, aroma-terapia o masajes que pretende ofrecer estímulos sensoriales, bien de una modalidad sensorial determinada, bien de forma multi-sensorial.
- El entrenamiento en AVD para maximizar la autonomía de los afectados en su vida cotidiana, sabiendo que la dependencia funcional es un fenómeno multi-causal.

Dentro de las estrategias se mencionan las asistencia graduada con guías verbales o físicas, con actividades de demostración, asistencia física parcial, y la asistencia completa, las sesiones de re-entrenamiento de funcionalidad con refuerzo positivo y práctica intensiva, repetición y asistencia graduada, las actividades compensatorias como la utilización de agendas, de alarmas o de bloc de notas, Modificaciones ambientales, con cambios en el ambiente físico para minimizar discapacidad, y por último, entrenamiento al cuidador: aumentar percepción de competencia y de control sobre las situaciones.

ASPECTOS ÉTICOS Y JURÍDICOS DE LA DEMENCIA EN CHILE

Los Centros de Día para la atención de paSD suponen un cambio de visión respecto de la temática de inclusión social, al asociarla a la preservación de los derechos propios de la paSD, lo que promueve la reafirmación de su identidad (auto-determinación), lo que a su vez permite renovar el sentido y alcance de los principios de dignidad, autonomía, responsabilidad, participación y solidaridad, pudiendo exigir al Estado el ejercicio y la defensa de estos, y que las/los afectad(a)os no sean considerados meros beneficiarios de

asistencia pública. Es una tendencia hacia un orden social más ecuánime, en que las tensiones puedan ser mejor resueltas y los conflictos encuentren más fácilmente solución negociada. Lo anterior debiera manifestarse en la distribución de bienes y servicios, en la modalidad de atención judicial, en el acceso a beneficios sanitarios u otros administrados por el Estado, en la posibilidad de establecer una remuneración para los cuidadores. Se constituye así el desafío de promover un "orden" social favorable (medio ambiental, social, urbanístico), en que las personas puedan desarrollar una participación social, económica, política y cultural, a lo largo de todo su ciclo vital (art. 6 letra f, Ley N °20.422, igualdad de oportunidades e inclusión social discapacidad).

En conjunto la CDPD y la CIPD a lo que se suma la Declaración de Montreal sobre Discapacidad Intelectual (2004) han promovido re-enfocar la aplicación de los derechos en el área salud y bienestar de las poblaciones vulnerables, desde la sustitución del ejercicio de derechos (interdicción) para avanzar hacia el apoyo en su ejercicio, con lo que se busca considerar a cada persona, independiente de su condición, como un ser único e irrepetible (singularidad), con características específicas y biografía propia.

La psicóloga española Teresa Martínez [29], propone un decálogo de atención centrado en la persona con enfoque gerontológico: aludiendo a su dignidad; singularidad (biografía); auto-determinación y autonomía (AVD y resiliencia, habilidades), considerando la influencia del ambiente tanto físico como social, dada su interdependencia, multidimensionalidad y variabilidad.

Dentro de las leyes emanadas que afectan este sub-grupo poblacional, están la Ley Nº 20.422 sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de las personas con discapacidad y Ley Nº 20.584 sobre derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.

El año 2000 se publicó en el Diario Oficial como DS Nº 570 el Reglamento para la Internación de las Personas con Enfermedades Mentales y sobre los Establecimientos que la Proporcionan, que establece las condiciones en que se empleará en forma extraordinaria alguna medida de aislamiento o contención física o farmacológica (conociendo la advertencia demanda de la FDA respecto del aumento del riesgo cardiovascular con el uso de neuro-lépticos), solo se pueden aplicar en caso que concurra indicación terapéutica acreditada por un médico, no exista otra medida viable menos gravosa y, se aplique considerando el principio de proporcionalidad terapéutica (artículo 26).

Respecto del tratamiento involuntario de una persona con discapacidad psíquica o intelectual, solo procede si existe certificado médico psiquiátrico en que conste una enfermedad grave que puede causar daño a terceros o al mismo paciente y, que suspender el tratamiento o no aplicarlo significa un empeoramiento de su condición (artículo 27). Además, se crea la Comisión Nacional Protección de Derechos de Personas Enfermedades Mentales y Comisiones Regionales de Protección (artículo 29).

CONCLUSIONES

La posibilidad de experimentar un deterioro psico-orgánico asociado al envejecimiento, constituye uno de los fenómenos patológicos de mayor impacto para la población. Dado el actual contexto de variación de los índices demográficos que incluye mayor sobrevida y la transformación de la pirámide poblacional, con el aumento sostenido de la población en riesgo y la falta de herramientas específicas de intervención terapéuticas, resulta perentorio el fomentar las investigaciones tanto clínicas como epidemiológicas en el área. Queda pendiente impulsar una reflexión ética en torno a esta problemática para contrarrestar el nivel de estigmatización asociado a estas patologías, como también promover su re-integración social, proteger sus derechos y dignificar a quienes afecta una de estas patologías.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gajardo J y Monsalvez M. Hacia una Estrategia nacional para la Demencia. Rev Chil Salud Pública 2014; 18 (2): 183-191.
2. Ministerio de Salud (MISNAL). Borrador Programa Nacional de Salud de las Personas Adultas Mayores; 2014.
3. Ministerio de Salud (MINSAL). Plan Nacional de Salud de Demencias; 2017.
4. Ministerio de Desarrollo Social (MIDESO). Informe desarrollo social 2015.
5. INE-CEPAL. Proyecciones y Estimaciones de Población 1950-2050; 2005.
6. UC y caja Los Andes. 10 años de la Encuesta Calidad de Vida en la Vejez, Resultados IVª Encuesta Nacional Calidad de Vida en la Vejez; 2017.
7. Albala C. et al. Encuesta salud, bienestar y envejecimiento en Santiago. SABE 2000. INTA, Universidad de Chile; 2005.
8. Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). Estudio Nacional de la dependencia en las personas mayores; 2009.
9. Slachevsky A, et al. The CUIDEME Study: Determinants of Burden in Chilean Primary Caregivers of Patients with Dementia. Journal of Alzheimer's Disease. 2013; 35: 297-306.
10. Slachevsky A, Budinich M, Miranda-Castillo C, Núñez-Huasaf J, Silva J, Muñoz-Neira C, et al. The CUIDEME Study: Determinants of Burden in Chilean Primary Caregivers of Patients with Dementia. Journal of Alzheimer's disease. 2013; 35 (2).
11. Breinbauer H, et al. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. Rev Méd Chile. 2009; 137: 657-665.
12. Garmendia M L. Análisis factorial: una aplicación en el cuestionario de salud general de Goldberg, versión de 12 preguntas. Rev Chil Salud Pública. 2007; 11 (2): 57-65.
13. Abusleme M T, et al . Inclusión y Exclusión Social de las personas mayores en Chile. Santiago de Chile: FACSO, FLACSO, Editorial SENAMA: 2014).
14. Byrne P. Stigma of mental illness and ways of diminishing it. Advances in Psychiatric Treatment. 2000; 6: 65-72.
15. Ministerio de Salud (MINSAL). Informe final estudio carga enfermedad y carga atribuible; 2008. Disponible en: https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmTIPO=DOCUMENTOCOMUNICACIONCUENTA&prmID=17233
16. Ministerio de Salud (MINSAL). Encuesta Nacional de Salud; 2009. Disponible en: http://www.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf
17. Mesa M, Parra P. Funcionalidad del Adulto Mayor que asiste a servicio de atención primaria de la comuna de Melipilla. Tesis Universidad de Chile. 2011.
18. Jiménez D, et al. Evaluación del minimental abreviado de la evaluación funcional del adulto mayor (EFAM) como screening para la detección de demencia en la atención primaria. Rev Med Chile 2017; 145: 862-868.

19. Quiroga P, et al. Validación de un test de tamizaje para el diagnóstico de demencia asociada a edad, en Chile. Rev Méd Chile 2004; 132: 467-478.
20. Ministerio de Salud (MINSAL). Orientación Técnica Programa Más Adultos Mayores Autovalentes. División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales; 2015.
21. Tattaglini M F, et al. Sentimiento de Sobrecarga en Cuidadores de Pacientes con Demencia. Red Argentina Clínica Psicológica. 2010; 3: 221-22.
22. Fuentes P, Albala C. An update on aging and dementia in Chile. Dement Neuropsychol; 2014; 8 (4): 317-322.
23. Paillard T, et al. Protective effects of Physical Exercise in Alzheimer's Disease and Parkinson's Disease: A Narrative Review. J Clin Neurol 2015; 11 (3): 212-219.
24. Rolland Y, et al. Healthy Brain Aging: Role of Exercise and Physical Activity. Clin Geriatr Med 2010; 26: 75-87.
25. Nagamatsu L, et al. Physical Activity Improves Verbal and Spatial Memory in Older Adults with Probable Mild Cognitive Impairment: A 6-Month Randomized Controlled Trial. Journal of Aging Research. 2013; Article ID 861893, 10 pages http://dx.doi.org/10.1155/2013/861893.
26. Nation D. et al. Stress, exercise, and Alzheimer's disease: A neurovascular pathway. Med Hypotheses. 2011 June; 76 (6): 847-854.
27. Pluncevic J. The Effect of Physical Activity on Cognition-Physiological Mechanisms. Mat Soc Med. 2012; 24 (3): 198-202.
28. Radak Z, et al. Exercise Plays a Preventive Role Against Alzheimer's Disease. Journal of Alzheimer's disease. 2019; 20: 777-783.
29. Slachevsky A, et al. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias en Chile SONEPSYN y COPRAD; 2010. Disponible en: http://www.coprad.cl/wp-content/uploads/2018/01/pasos_coprad_alzheimer_chile.pdf
30. Martinez T. La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Estudios de la Fundación Pilares para la autonomía personal; 2016. Disponible en: http://www.acpgerontologia.com/documentacion/ACPenserviciosgerontologicos.pdf

SECCIÓN VII
PSICOGERIATRÍA EN EL HOSPITAL GENERAL

PSICOGERIATRÍA EN EL HOSPITAL GENERAL

Amanda Rodríguez-Urrutia
Luis Pintor Pérez

RESUMEN

El fenómeno del envejecimiento de la población es un tema de abordaje prioritario a múltiples niveles tanto político-social, económico y sanitario. La prevalencia de trastornos psiquiátricos en las personas mayores de 65 años sin demencia es del 20%. Los trastornos psiquiátricos más asociados son los trastornos depresivos, los trastornos cognitivos, los trastornos de ansiedad y el consumo de alcohol. Las demandas de interconsulta hospitalaria de la población anciana en los hospitales generales se han cuatriplicado en los últimos años. Se estima que dos tercios de las camas de los hospitales generales están ocupadas por personas de más de 65 años y el 60 % de esta población hospitalizada tendrá un trastorno mental comórbido. Los médicos no psiquiatras diagnostican más depresión en cuadros clínicos en donde finalmente el psiquiatra diagnostica un delirium. La depresión genera empeoramiento de la calidad de vida por lo que su diagnóstico es de vital importancia en el anciano. En población psicogeriátrica existe más patología mental orgánica que en población adulta. Los psicotropos siguen utilizándose de forma inadecuada en la poblacion geriátrica. Son necesarios psiquiatras especializados en psicogeriatría en las hospitales generales que cubran las necesidades cada vez mayores de una población creciente y de elevada complejidad.

PUNTOS CLAVE

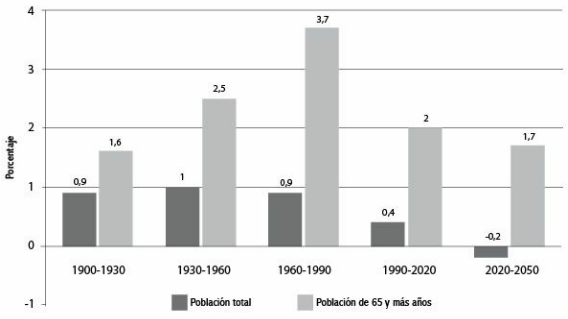
1. Las demandas en Psicogeriatría de Enlace Hospitalaria se han cuatriplicado en las últimas decadas.
2. Los Servicios de psiquiatria hospitalaria de enlace necesitan profesionales expertos en psicogeriatría.

3. En población psicogeriátrica se mantiene la tendencia entre los médicos de referencia a diagnosticar más depresión y menos delirium que lo que diagnostican los psiquiatras.
4. En poblacion psicogeriátrica con patología médica todavía se usan benzodiazepinas de forma inapropiada.
5. En población psicogeriátrica nos vamos a encontrar más patología mental orgánica (delirium, demencia, otros problemas neuropsiquiátricos) que en población más joven.

INTRODUCCIÓN

El fenómeno del envejecimiento de la población es un tema de abordaje prioritario a múltiples niveles tanto político, social como económico y sanitario pero en concreto, de los paises desarrollados, pues en paises del tercer mundo, la población anciana no llega al 3-6%. Se estima que población mayor de 85 años en 2020 será de 6,6 millones (un 19%) vs 5,5 millones en 2010 [1]. Los motivos por los que se produce esta condición tienen que ver por un lado con el aumento de la esperanza de vida y descenso de la mortalidad y por otro con el descenso de la natalidad (Gráfico 1). Con ello, se evidencia que mientras que la mejora de la asistencia sanitaria permite mejorar las condiciones de salud de la población, por otra parte genera entre otros, el problema del envejecimiento poblacional, que a día de hoy, no está del todo resuelto. (Tabla 1).

GRÁFICO 1. Crecimiento medio anual de la población mayor 1900-2050



Fuente: INE: Censos de población; proyecciones de la población española, 2001.

TABLA 1. Población de 65 años y más. Previsiones nacionales; Unión Europea 2000-2020.

	65 y más años			
	2000		2020	
Países	Absoluto (*)	%	Absoluto (*)	%
Total UE-15	61.388,8	16,3	79.129,1	20,6
Alemania	13.654,1	16,7	17.387,5	21,7

Austria	1.254,9	15,5	1.660,4	20,0
Bélgica	1.709,8	16,7	2.051,3	19,8
Dinamarca	790,4	14,8	1.081,4	18,8
España	6.589,0	16,7	7.803,0	19,8
Finlandia	765,5	14,8	1.176,4	22,2
Francia	9.413,4	16,0	12.010,3	19,6
Grecia	1.819,2	17,3	2.297,0	21,3
Irlanda	423,8	11,2	655,2	14,8
Italia	10.370,5	18,0	13.714,0	23,6
Luxemburgo	62,5	14,7	86,8	17,8
Países Bajos	2.152,4	13,6	3.219,7	18,4
Portugal	1.535,2	15,3	1.897,8	18,0
Reino Unido	9.311,0	15,6	12.038,0	19,0
Suecia	1.536,9	17,3	2.050,4	22,2

Fuente: Eurostat: Statiques sociales européennes. Luxenburgo,2001

Es conocido que las políticas sanitarias se centran y construyen sus modelos asistenciales tomando como referencia la población adulta joven, y como resultado en nuestra actual sociedad, con unas connotaciones sociodemográficas claramente tendentes hacia un incremento de la esperanza de vida y un incremento claro de personas mayores de 65 años, aparecen evidentes desajustes en la creación y coordinación de servicios en Salud Mental para este grupo poblacional. Algunos geriatras diferencian tres grupos para referirse a la población anciana: "mayores-jóvenes" de 65 a 74 años, los "mayores-mayores" de los 75 a los 85 años y los "muy mayores" aquellos con edades mayores de 85 años. [1]. El proceso de envejecimiento no necesariamente va relacionado con pérdidas, sino que para muchos es un momento de crecimiento personal. Sin embargo, las pérdidas de seres queridos o las mermas físicas que van aconteciendo en este periodo de la vida puede ir deteriorando la socialización de estas personas, siendo la tendencia al aislamiento un factor de riesgo para padecer trastornos depresivos. Estar activos tanto física como mentalmente, así como el contacto con personas jóvenes, nietos etc…, es un factor protector para patología mental. El sentimiento de seguir siendo útiles para la gente de su entorno es fundamental para mantener una buena autoestima y en la medida de lo posible, debería favorecerse por parte de nuestra sociedad.

Con el envejecimiento, los trastornos mentales de personas mayores presentan unas características diferenciales respecto a los enfermos mentales adultos; presentan síndromes geriátricos añadidos que los pueden convertir en personas frágiles. En dicho contexto, la manifestación y evolución de la enfermedad mental puede ser diferente y en líneas generales provoca una tendencia a presentar una pérdida funcional y por lo tanto un incremento de la dependencia, lo que genera unas mayores necesidades asistenciales

y también más especializadas. Esta situación clínica del enfermo mental mayor complicado con otros problemas de salud requiere la puesta en marcha de un modelo biopsicosocial que aborde el tratamiento de forma integral e interdisciplinar. El abordaje interdisciplinar por parte de diversos profesionales: geriatra, psiquiatra, trabajador social, etc… se ha visto más rentable, como indican algunas publicaciones, que el abordaje "monodisciplinar"[2]. Por otra parte, también se requiere de una red de salud mental especializada en el enfermo mayor, que atienda la mayor especificidad y necesidades concretas de este tipo de enfermos.

Con el fin de que la atención al enfermo mayor funcione con eficacia, se precisa que exista un fino engranaje entre todos los dispositivos de salud y psicosociales, y que existan un conjunto de recursos disponibles que abarquen desde la atención ambulatoria, la atención en crisis, la hospitalización y los recursos sanitarios y sociales a nivel comunitario acordes con la situación clínica del paciente. Igualmente se precisa que haya un soporte residencial adecuado para aquellas personas que no puedan vivir en sus propios hogares y que padezcan una enfermedad mental.

La persona mayor que padece un trastorno psiquiátrico presenta peculiaridades respecto a su enfermedad psiquiátrica. En primer lugar, en cuanto a la detección de la propia enfermedad psíquica. Aquí intervienen factores intrínsecos a la persona mayor, posiblemente más relacionado con la cultura generacional, que con los cambios psicobiológicos, como la dificultad para expresar su malestar psíquico, pero también factores extrínsecos como la tolerancia de la sociedad, y de algunos profesionales de la salud, a la hora de percibir como normal en la tercera edad, signos y síntomas de lo que en realidad es un trastorno psiquiátrico primario.

La prevalencia de trastornos psiquiátricos en las personas mayores de 65 años sin demencia ronda el 20% [3]. Los trastornos psiquiátricos más asociados son los trastornos depresivos, los trastornos cognitivos, los trastornos de ansiedad y el consumo de alcohol [4]. Los trastornos depresivos, incluso en formas subclínicas, son la patologia afectiva más prevalente, e incluso más prevalentes en individuos de edad avanzada que la propia demencia. Su presencia genera peor pronóstico y mayor probabilidad de ictus y mortalidad. Enviudar y presentar enfermedades crónicas, predispone a presentar clínica depresiva. La depresión en el anciano tiene alta probabilidad de recaídas. Contrario a lo comunmente aceptado, el ánimo triste no forma parte del envejecimiento normal y no es un acompañamiento inevitable del declive de vida y la actitud social. La depresión genera empeoramiento importante de la calidad de vida por lo que su diagnóstico y tratamiento son de vital importancia en el anciano. Las presentacionas clínicas de la depresión en el anciano pueden ser inespecíficas y atípicas. Suele ser típico de las depresiones en el anciano la tendencia a mayor somatización y la perdida de peso, siendo esta última la principal causa de pérdida de peso en esta población. También se asocian con mayor probabilidad síntomas de corte melancólico como inhibición motriz con mejoría vespertina e ideas de culpa/ruina que pueden llegar a lo deliroide. También es frecuente la asociación con trastornos cognitivos, por lo que en muchas ocasiones puede confundirse con demencia. El deterioro cognitivo en pacientes geriátricos deprimidos se

conoce como pseudodemencia depresiva, que puede confundirse fácilmente con una verdadera demencia. En la demencia verdadera, el deterioro intelectual generalmente es global, y el rendimiento es consecuentemente pobre. En la pseudodemencia, los déficits en la atención y la concentración son variables. En comparación con los pacientes con demencia verdadera, los pacientes con pseudodemencia tienen menos probabilidades de presentar alteración del lenguaje y confabulaciones; cuando es incierto, es más probable que digan "No sé"; y sus dificultades de memoria están más limitadas al recuerdo libre que al reconocimiento en pruebas de recuerdo con claves. La pseudodemencia ocurre en aproximadamente el 15% de los pacientes ancianos deprimidos, y por otro lado del 25% al 50 % de los pacientes con demencia están deprimidos.

Muchas enfermedades físicas pueden ir asociadas a la depresión así como numerosos fármacos (Tablas 2 y 3). Con todo, la prevalencia de depresión en la población anciana es menor que en los adultos. Las posibles causas podrían ser menor frecuencia de debut depresivo en franjas de mayores de 65 años, la mayor mortalidad en personas con depresión y la menor incidencia de trastornos generados por desajustes emocionales.

TABLA 2. Condiciones médicas asociadas a estados depresivos.

Deshidratación	Insuficiencia cardiaca
Hipo e hipertermia	Infarto miocardio
Hipo e hiperglucemia	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
Hipo e hipercalcemia	Colon irritable
Hipo e hipertiroidismo	Artritis degenerativa
Diabetes mellitus	Incontinencia urinaria
Enfermedad de Adisson	Enfermedad de Paget
Déficits vitamínicos	Demencia
Tumores	Infartos cerebrales
Infecciones	Enfermedad de Parkinson

Fuente: Adaptado del manual de geriatría de la sociedad española de geriatría y gerontología.

Los trastornos de ansiedad son bastante frecuentes, mostrando prevalencias entre el 6% y el 12% según estudios en personas de más de 65 años [5]. Los trastornos de ansiedad más frecuentes son las fobias (4-8%). El trastorno de pánico se da en un 1%. La fragilidad del sistema nervioso autónomo en las personas mayores puede explicar el desarrollo de la ansiedad después de un acontecimiento estresante importante. Debido a la discapacidad física comórbida, las personas mayores reaccionan más severamente al trastorno por estrés postraumático que las personas más jóvenes.

TABLA 3. Fármacos asociados a depresión

Digoxina	Carbamacepina
Tlacidas	Fenitoína
Propanolol	Penicilina G y Ampicilina
Amantadina	Antituberculostáticos
Bromocriptina	Sulfamidas

Levodopa	Metoclopramida
Haloperidol	Hormonas anabolizantes
Benzodiazepinas	Ranitidina
Barbitúricos	Antineoplásicos

Fuente: Adaptado del manual de geriatría de la sociedad española de geriatría y gerontología

Las prevalencia de suicidio en la población anciana es alta (40 /100.000 habitantes) y es mayor en hombres de raza caucásica. La vivencia que tienen los familiares ante el mismo hecho es diferente según sea un hombre o una mujer. En los hombres el suicidio suele estar asociado al padecimiento de una enfermedad física y en las mujeres a padecer un trastorno mental [1].

Los trastornos de sueño son muy frecuentes en personas de edad avanzada, siendo la edad el factor de riesgo más importante para que se manifiesten. Además de los sistemes fisiológicos alterados, las causas de las alteraciones del sueño en las personas mayores incluyen trastornos primarios del sueño, otros trastornos mentales, trastornos médicos comórbidos y factores psicosociales. Entre los trastornos del sueño primarios, las disomnias son las más frecuentes, especialmente el insomnio primario, el mioclono nocturno, el síndrome de piernas inquietas y la apnea del sueño. Las condiciones que comúnmente interfieren con el sueño en los adultos mayores también incluyen dolor, nicturia, disnea y pirosis. La falta de una estructura diaria y de responsabilidades sociales o vocacionales contribuye a una mala calidad del sueño [1].

INTERCONSULTA PSICOGERIÁTRICA EN EL HOSPITAL GENERAL

La relación entre la salud física y la mental en población anciana es estrecha, y el efecto de las enfermedades graves y/o crónicas sobre el estado emocional de los ancianos es desalentador.

En esta tendencia de envejecimiento poblacional de los países desarrollados, las demandas de interconsulta hospitalaria de la población anciana en los hospitales generales se han incrementado en los últimos años [6]. Se estima que dos tercios de las camas de los hospitales generales están ocupadas por personas de más de 65 años [7], que el 60 % de esta población hospitalizada tendrá un trastorno mental comórbido y que los trastornos mentales son de 3 a 4 veces más frecuentes en el hospital. [8]. Los trastornos mentales incrementan la mortalidad, el tiempo de estancia media, la necesidad de derivación a recursos específicos e instituciones (residencias, centros sociosanitarios) y genera una dependencia funcional al alta.

La mayoría de plantas y servicios del hospital atienden un elevado número de personas de edad avanzada. Existen cinco razones por las cuales los psiquiatras de Interconsulta y enlace deben estar implicados: 1) la prevalencia de enfermedad mental en los hospitales es más elevada que en la población general,
2) los problemas de salud mental predicen peor pronóstico y evolución, 3) el manejo de

los problemas de salud mental de la población anciana en el hospital es frecuentemente subóptimo, 4) el 25% de las demandas de Interconsulta realizadas en el hospital son de personas mayores, 5) los modelos de atención a estos pacientes no suelen ser los óptimos para un buen abordaje. En esta situación se hace cada vez más necesaria la especialización de los psiquiatras interconsultores en esta población anciana [9]. La detección y tratamiento precoz de la psicopatología en el hospital reduce en un 33% la incidencia de delirium comparado con el tratamiento habitual, y que el abordaje de la clínica depresiva tanto con fluoxetina como con psicoteràpia mejora la funcionalidad del paciente y la estancia media hospitalaria [8].

Es difícil conocer la prevalencia exacta de los trastornos mentales de las personas mayores en el hospital debido a mútiples potenciales sesgos. Uno de ellos se refiere al encuadre hospitalario. Por ejemplo en traumatología los índices de delirium son mucho más elevados que en el resto de plantas médicas, y en estas últimas los índices de salud mental varía. Los diagnósticos son complejos. Una dificultad en relación a los trastornos depresivos es que el autoreporte de síntomas puede sobreestimar la prevalencia de clínica depresiva, y en muchas ocasiones cuando la propia enfermedad se resuelve, hará que mejore también el cuadro emocional, considerándose más bien un desajuste adaptativo (Winrow A 2005). Los médicos no psiquiatras tienen dificultades en hacer un buen diagnóstico diferencial de los síntomas psiquiátricos, y frecuentemente se diagnostican de trastornos depresivos pacientes afectos de delirium o de trastorno por uso de sustancias [10]. Pese a esto, se estima que el 60% de las personas mayores en el hospital sufren algún tipo de trastorno mental sea como consecuencia de la enfermedad física o de forma primaria comórbida. Esto supone un tercio de las camas ocupadas en un hospital, con lo que la asistencia se multiplica por seis respecto la atención en el enfermo mayor no hospitalizado.

En un estudio de Yamada y colaboradores [10] se realiza una descripción clínica del tipo de pacientes, servicio interconsultor y características de la demanda en un hospital de Japón. Los autores obtuvieron que el 78% de los interconsultores eran servicios médicos frente a los quirúrgicos. Los motivos de consulta por los que estaban ingresados esos pacientes fueron en un 24% pacientes con cáncer, 23% pneumópatas, 21% afectos de problemas gastrointestinales y 14% de los ingresados lo hizo por problemas cardiológicos. Un aspecto interesante de este estudio pone de manifiesto que los médicos derivadores, infradiagnostican los episodios de delirium (35 % vs 51%), y sobrevaloran el trastorno depresivo que después de la valoración psiquiátrica se comprueba que la prevalencia del mismo es mucho menor (13% vs 3%). Hay reportada en la literatura diferencias entre el grupo de pacientes mayores de 65 años y los pacientes adultos por los que se consulta al psiquiatra de enlace, en los pacientes geriátricos hay menos proporción de antecedentes psiquiátricos (49% vs 66%), menor frecuencia de tentativas suicidas previas (0,4% vs 2,4%) y la media de puntuaciones del MMSE es menor (21 vs 25). Por otra parte hay diferencias entre lo dos grupos, en relación al diganóstico que se realiza por el psiquiatra consultor: en el grupo geriátrico vs el grupo adulto hay diferencias: síndromes confusionales (79% vs 29%), trastornos depresivos (13% vs

15%), trastorno psicotico (1% vs 8%), trastorno adaptativo (22% vs 4%) y trastorno por uso de sustancias (8,5% vs 35,7%) [11]. También existen diferencias respecto al tipo de fármacos utilizados en psicogeriatría de enlace respecto a la población general. En un estudio previo se observó que mientras no hay diferencias en la prescripción de antidepresivos, estabilizadores de ánimo y antipsicóticos típicos entre ambos grupos, sí se encontraron diferencias respecto a la prescripción de antipsicóticos atípicos y benzodiacepinas. Los antipsicóticos atípicos fueron más prescritos en población psicogeriátrica (47% vs 25%) mientras que las benzodiacepinas lo fueron menos (12% vs 36%). [11]. En general la prescripción de psicotropos reportada en la literatura es mayor en el grupo de pacientes geriátricos que en el no geriátrico (98% vs 86%).

EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA DEL PACIENTE MAYOR EN EL HOSPITAL

La evaluación de las personas de más de 65 años en los hospitales deben realizarse conforme a los standars en entrevista clínica, teniendo en cuenta algunas cuestiones más específicas de esta población: debe realizarse una evaluación clínica teniendo en cuenta el nivel de funcionalidad de la persona y autonomía: si se asea, sale a pasear solo o puede cocinarse su propia comida; el estado anímico haciendo especial hincapié en los sentimientos de soledad, considerados uno de los principales factores de riesgo para la conducta suicida, debiendo explorarla de forma exhaustiva en este tipo de pacientes. Además de la soledad, factores como la comorbilidad médica, la pérdida de un ser querido reciente, o la presencia de dolor físico son indicadores de mayor riesgo suicida. También es importante explorar alteraciones sensoperceptivas, como ilusiones o alucinaciones, que pueden estar presentes frecuentemente en contexto de deprivación sensorial (Sdme de Charles-Bonnet), el estado cognitivo y la capacidad de juicio y de toma de decisiones. Desde un punto de vista ético, en este tipo de pacientes, en ocasiones, se asumen de forma errónea condiciones como falta de autonomía/juicio adoptando posiciones paternalistas, pudiendo incurrir en mala praxis por tomar decisiones sin tener en cuenta el deseo del paciente o influidos por presiones familiares, resto del *staff* médico, etc. Es muy importante descartar síndromes confusionales, para poder tratar la causa orgánica que los ha generado y evitar yatrogenia ej: usando fármacos que puedan empeorar el curso del cuadro.

Los factores de riesgo psicosociales deben explorarse de forma exhaustiva, pues pueden predisponer en estos pacientes a padecer un trastorno mental. Alguno de los que se deberían tener en cuenta son: la pérdida de roles sociales, la pérdida de autonomía, la muerte de amigos y familiares, la disminución de la salud, el aumento del aislamiento, las limitaciones financieras y la disminución del funcionamiento cognitivo.

La evaluación neuropsicológica debe ser tenida en cuenta en pacientes de esta franja de edad. El Mini-Mental State Examination (MMSE) es la prueba más habitualmente utilizada para explorar la orientación, atención, cálculo, recuerdo inmediato y de corto plazo, lenguaje y la capacidad de seguir órdenes simples. El MMSE se usa para detectar

discapacidades, seguir el curso de una enfermedad y monitorizar las respuestas de tratamiento del paciente. No se usa para hacer un diagnóstico formal. La puntuación máxima del MMSE es 30. La edad y el nivel educativo influyen en el rendimiento cognitivo medido por el MMSE. La escala de depresión geriátrica (GDS) es un instrumento útil de screening para evaluar clínica depresiva, y excluye quejas somáticas de sus items para evitar sesgos y sobrediagnósticos.

Desde un punto de vista diagnóstico, se ha visto que respecto a la población general, en el paciente anciano hospitalizado hay mayor proporción de depresión, demencia y delirium, sin embargo, los trastornos de ansiedad, el abuso de alcohol y la esquizofrenia, se da en la misma proporción que en población general. Los trastornos de somatización en el anciano hospitalizado están poco reportados, sospechando probablemente un infradiagnóstico [11].

Los resultados publicados en diversas investigaciones ponen de manifiesto que los resultados de la asistencia no son buenos [9]. Alguna de las posibles explicaciones podrían ser:

1) Los problemas de salud mental se detectan poco y mal, 2) Las necesidades físicas se priorizan respecto a las necesidades en salud mental, pensando que estas útimas irán desapareciendo espontáneamente sin ningun tipo de abordaje [12],3) la falta de formación en los hospitales para el abordaje de los problemas en salud mental, 4) las ideas erróneas de que la interconsulta psiquiátrica será lenta en atenderse y que alargará la estancia hospitalaria y 5) la baja demanda sistemática por parte de determinados servicios, como traumatologia, cirugía general o neurología. Muchos médicos no psiquiatras y personal de enfermería reconoce no sentirse preparado para el abordaje de la patologia psiquiátrica en el hospital, asumiendo que ese manejo subóptimo sería inaceptable en patologías orgánicas [13].

Por tanto, parece que existe una necesidad de mejora en la asistencia de la patologia psiquiátrica en el enfermo mayor dentro de los hospitales.

MODELOS ASISTENCIALES EN PSICOGERIATRÍA DE ENLACE.

Se han postulado varios modelos asistenciales con sus pros y contras. Hay varios de ellos que podrían funcionar (Tabla 4):

1. El modelo del psicogeriatría de enlace: el psiquiatra atiende a las demandas de una forma unidisciplinar, de forma rápida y con un carácter docente, parecido a los modelos de psiquiatría de Interconsulta hospitalaria de adultos.
2. Salas mixtas médico-psiquiátricas: se trabaja desde una sala con camas propias, de forma multidisciplinar, tanto psiquiatras, médicos y enfermeras abordando de forma conjunta la patología mixta.
3. El modelo del equipo de salud mental hospitalario: se compone de psiquiatras, enfermeras de salud mental, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, psicología clínica y trabajan de forma conjunta y dando respuesta a las demandas de

todo el hospital, puediendo incidir en algunos servicios concretos en donde el estrés es más elevado, ej: UCIs. Este modelo asistencial es el recomendado por el departamento de salud británico [14].

El problema principal en alguno de estos modelos es que se necesitaría dotar de más psiquiatras expertos en psicogeriatría. El sistema delega la detección de estos trastornos a las plantillas de especialistas no psiquiatras que trabajan en los hospitales, que diagnostican alrededor del 3% - 4% de los casos, con lo que hay un infradiagnóstico de la patologia psiquiátrica en estos pacientes.

Respecto a la actividad de un programa de psicogeriatría de enlace hospitalario hay varias tareas que deberían atenderse:

1. Actividad clínica

- Diagnóstico y tratamiento lo antes posible para prevenir complicaciones.
- Evaluación del riesgo suicida, de agitación, etc...
- Procurar derivación al alta al dispositivo más adecuado específico para esta edad poblacional.
- Revisar y monitorizar respuesta y adherencia al tratamiento.
- Atender a familiares y amigos y realizar psicoeducación, atendiendo a expectativas realistas a la situación.

2. Actividad docente

- Realizar formación al resto del *staff* del hospital de la patología psiquiátrica.
- Colaborar en la realización de protocolos.
- Favorecer la eliminación del estigma que comporta tener una enfermedad mental.

3. Actividad operacional

- Favorecer la recogida de datos para fines investigadores.
- Dar a conocer el Servicio de psiquiatría de enlace y su funcionamiento.
- Trabajar de forma conjunta con el resto de colegas del hospital.

TABLA 4. Tipos de modelos asistenciales

Modelo de consulta	Modelo de enlace real
Respuesta lenta “tarea extra”	Respuesta rápida “personal especializado 100%”
Trabajo reactivo “respuesta a demandas concretas”, no continuidad	Trabajo proactivo “se comparte asistencia al paciente”, hay continuidad asistencial
No participación en reuniones, no educación-formación al personal	Participación en reuniones, laboresdocentes con el personal de las plantas
Peor adhisión a las pautas tanto el paciente como el personal (médicos y enfermeras)	Mayor adhesión a pautas (médicos y enfermeras)

Proceso terapéutico en paralelo	Proceso terapéuticamente compartido
No se llega más que al 1-2% de pacientes	Se puede llegar mediante educación del personal a 10% o 20% de pacientes
No adquisición de conocimientos y habilidades mutuas: psiquiatras y otros médicos (no relación fluida)	Adquisición de conocimientos y habilidades mutuas entre psiquiatras y resto de especialistas hospitalarios

Fuente: Anderson and Holmes, 2005; Age and ageing.

USO DE PSICOFÁRMACOS EN POBLACIÓN GERIÁTRICA

Como ya se ha nombrado previamente, el uso de fármacos en la población anciana requiere de unas medidas especiales. La mayor parte de los medicamentos consumidos mundialmente, los toman la población de más de 65 años. Otro aspecto fundamental a tener en cuenta es el efecto que los múltiples fármacos que habitualmente toman, puedan generar sobre el estado mental de los mismos. Deben tenerse en cuenta las diferencias en la capacidad de metabolizar y absorber los fármacos de los pacientes ancianos, debiendo minimizar la polifarmacia y realizar en la medida de lo posible el ajuste de dosis. Es importante la realización de un electrocardiograma previo al inicio de los fármacos siempre que sea posible y un buen historial de los fármacos que toman en el domicilio, si es preciso, con familiares. Las formulaciones líquidas serán preferibles a los comprimidos en algunos momentos según el estado clínico del paciente para favorecer el cumplimiento y deben realizarse comprobaciones y titulaciones frecuentes de la dosis de fármacos, especialmente de los psicotropos. Se recomienda administrar un fármaco en varias tomas durante el día en vez de toda la dosis en una sola toma, para que el enfermo pueda tolerar major dicho fármaco evitando un peak de dosis en sangre. Las reacciones adversas a medicamentos requieren la hospitalización de casi 250.000 personas en los Estados Unidos cada año. Los psicotrópicos se encuentran entre los más comúnmente prescritos, junto con los medicamentos cardiovasculares y diuréticos. El 40% de todos los hipnóticos dispensados en los Estados Unidos cada año son para personas mayores de 75 años [1]. Las benzodiacepinas deberían utilizarse de forma crónica lo menos posible, pero especialmente en este grupo de población y en todo caso evitar las de vida media larga como clonazepam o diazepam [15]. Pese a que en algunos países como EEUU ya hay tendencia a reducir su uso, aún queda camino por recorrer en ese aspecto [15].

El fin principal del uso de fármacos en la gente mayor, es el de mejorar su calidad de vida. Hay que tener en cuenta que la función hepática y el aclaramiento renal están ralentizados así como la absorción gastrointestinal. Los cambios en la proporción corporal de masa muscular vs grasa hace que muchos psicofármacos liposolubles se almacenen en la grasa, prolongando de forma inesperada su efecto. Por otro lado, la gente anciana puede tener mayor intolerancia a ciertos tipos de efectos secundarios, ej: hipotensión ortostática. Como regla general, se debe usar la dosis más baja posible para lograr la respuesta terapéutica deseada. Los médicos deben conocer la farmacodinamia,

la farmacocinética y la biotransformación de cada medicamento prescrito y los efectos de la interacción del medicamento con otros medicamentos que está tomando un paciente. La recomendación principal podría ser empezar por dosis bajas e ir subiendo relativamente lento [1, 16].

CONCLUSIONES

El envejecimiento de la población supone un aumento exponencial de pacientes mayores de 65 años ingresados en los hospitales, suponiendo casi el cuadruple de demandas de psicogeriatría en los últimos años. Los médicos no psiquiatras no disponen de la pericia para hacer el cribaje de trastornos mentales y acaba diagnosticando de "depresión" a verdaderos cuadros de delirium. Esto denota la importancia que tiene la formación y docencia por parte de los equipos de psicogeriatría de enlace al resto de colegas del hospital. Contrariamente a lo que con frecuencia se cree, el ánimo triste no forma parte del envejecimiento normal y los trastornos depresivos son la psicopatología más prevalente. Es muy importante diagnosticarla y tratarla porque eso mejora la calidad de vida del paciente. Los psicofármacos se utilizan en exceso en esta población y su mal uso puede provocar complicaciones médicas potencialmente graves como fracturas y declive cognitivo. Las benzodiacepinas deberían evitarse de forma crónica en este grupo de pacientes. Son necesarios psiquiatras hospitalarios especializados en psicogeriatría que den respuesta a la alta demanda y a la experticia que requieren estos enfermos con elevada comorbilidad médica, polifarmacia, declive físico y fragilidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kaplan & Sadocks. Geriatric Psychiatry. En: Synopsis Of Psychiatry. Lippincott; 2015.
2. Kauffman T. Geriatric rehabilitation manual. Churchill Livingstone, Edimbrugo; 1999.
3. Gum A M, King-Kallimanis B, Kohn R. Prevalence of Mood, Anxiety, and Substance-Abuse Disorders for Older Americans in the National Comorbidity Survey-Replication, Am. J. Geriatr. Psychiatry. 2009; 17: 769-781. doi:10.1097/JGP.0b013e3181ad4f5a.
4. Börjesson-Hanson A, Waern M, Östling S, Gustafson D, Skoog I. One-Month Prevalence of Mental Disorders in a Population Sample of 95-Year Olds, Am. J. Geriatr. Psychiatry. 2011; 19: 284-291. doi:10.1097/JGP.0b013e3181e70d09.
5. Byers A L, Yaffe K, Covinsky K E, Friedman M B, Bruce M L. High Occurrence of Mood and Anxiety Disorders Among Older Adults. Arch. Gen. Psychiatry. 2010; 67: 489. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.35.
6. Anderson D, Nortcliffe M, Dechenne S, Wilson K. The rising demand for consultation-liaison psychiatry for older people: comparisons within Liverpool and the literature across time. Int. J. Geriatr. Psychiatry. 2011; 26: 1231-1235. doi:10.1002/gps.2667.
7. Department of Health. National Service Framework for older People; 2001.
8. Anderson D, Holmes J. Liaison psychiatry for older people –an overlooked opportunity. Age Ageing. 2005; 34: 205–7. doi:10.1093/ageing/afi073.
9. Working group of The Faculty of Old Age Psychiatry. Who cares wins:improving the outcome for older people admitted to the general hospital; 2005.

10. Yamada K, Hosoda M, Nakashima S, Furuta K, Awata S. Psychiatric diagnosis in the elderly referred to a consultation-liaison psychiatry service in a general geriatric hospital in Japan. Geriatr. Gerontol. Int. 2012; 12: 304.309. doi:10.1111/j.1447-0594.2011.00771.x.
11. Schellhorn S E, Barnhill J W, Raiteri V, Lo Faso V, Ferrando S J. A comparison of psychiatric consultation between geriatric and non-geriatric medical inpatients. Int. J. Geriatr. Psychiatry. 2009; 24: 1054-1061. doi:10.1002/gps.2221.
12. Holmes J. Between Two Stools: Psychiatric Services for Older People in General Hospitals. University of Leeds; 2002.
13. Atkin K, Holmes J, Martin C. Provision of care for older people with co-morbid mental illness in general hospitals: general nurses' perceptions of their training needs. Int. J. Geriatr. Psychiatry. 2005; 20: 1081–1083. doi:10.1002/gps.1414.
14. Department of Health and Care Services Improvement Partnership, Everybody's business. Integrated mental health services for older adults: a service development guide; 2005.
15. Hata T, Kanazawa T, Hamada T, Nishihara M, Bush A I, Yoneda H, Nakajima M, Katsumata T. What can predict and prevent the long-term use of benzodiazepines? J. Psychiatr. Res. 2018; 97: 94–100. doi:10.1016/j.jpsychires.2017.11.012.
16. Gil Gregorio P. Manual del residente en geriatría. Madrid; 2011.

AUTORES

AGÜERA ORTIZ, LUIS FERNANDO

Médico Psiquiatra. Especialista en Psicogeriatría de la universidad de Ginebra. PhD en medicina y cirugía. Jefe de sección del servicio de Psiquiatría del H. Doce de Octubre. Madrid. Profesor asociado de Psiquiatría Universidad Complutense de Madrid. Investigador Senior en la Unidad de Investigación del Proyecto Alzheimer de la Fundación Reina Sofía/Fundación CIEN.

ÁLVAREZ PINO, EUGENIA ALEJANDRA

Enfermera Matrona Pontificia Universidad Católica de Chile. Magíster en Educación.

BARRA CAÑAS, BERNARDO

Médico psiquiatra. Magíster en Competencias médicas avanzadas, Universidad de Barcelona (UB), España. PhD (c) Medicina e investigación traslacional, UB. Psiquiatra del programa de Psicogerontología. Departamento de psiquiatría Pontificia Universidad Católica de Chile.

GRANDA FLORES, ATAHUALPA

Médico Psiquiatra. MBA en Dirección de Instituciones de Salud, U. Mayor. Máster Iberoamericano Drogodependencia OEA/CICAD (c). Jefe del Servicio de Estabilización de Trastornos Adictivos (SETA), Instituto Psiquiátrico. Dr. José Horwitz Barak.

HERRERA MINGORANCE, JULIO JOSÉ

Médico Psiquiatra. Prof. Titular Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Mendoza. Director del Centro de Psiquiatría Biológica. Ciudad De Mendoza. Ex Presidente de la Sociedad Argentina de Geronto-Neuro-Psiquiatría.

JARA LÓPEZ, RAFAEL

Médico Geriatra. Geriatra Departamento de Medicina, Hospital Clínico Universidad de Chile

LEÓN RODRÍGUEZ, TOMÁS IGNACIO

Médico Psiquiatra. Psiquiatra Unidad de memoria y neuropsiquiatría. Universidad de Chile.

LLANOS PARRA, KATHERINA

Médico Psiquiatra. Magíster en Psicología Clínica Universidad Adolfo Ibañez. Jefe Unidad Científico-Docente Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak. Psiquiatra del Programa de Antipsicóticos Atípicos Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak.

LÓPEZ ÁLVAREZ, JORGE

Médico Psiquiatra. Máster en Psicogeriatría por la Universidad Autónoma de Barcelona. Máster en Terapia Familiar Sistémica por el centro ITAD. Investigador en la Unidad de Investigación del Proyecto Alzheimer de la Fundación Reina Sofía/Fundación CIEN. Psiquiatra en Hospital Doce de Octubre, Madrid.

MEDINA CÁRDENAS, EDUARDO

Médico Psiquiatra. Maestro en Antropología Social. Sociedad Chilena de Salud Mental.

MONSALVE SEPÚLVEDA, ROLANDO

Médico. Residente Psiquiatría de Adultos. Universidad Diego Portales-Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak.

MONTECINO BACIGALUPO, CAROLA ANDREA

Enfermera. Magíster en Enfermería Pontificia Universidad Católica de Chile.

MORA BIERE, TANIA

Abogada. Magíster en Derecho Internacional de los Derechos Humanos. Diplomado en "Prevención y Abordaje del Maltrato hacia las Personas Mayores". Jefa Jurídica del Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA.

PINTOR PÉREZ, LUIS

Médico Psiquiatra. PhD en Medicina y Cirugía por la Universidad de Barcelona (UB). Coordinador de la Unidad de Psiquiatría de Enlace y Medicina Psicosomática Hospitalaria del Hospital Clínico. Profesor asociado de la Facultad de Medicina de la UB.

QUIROZ OPAZO, TIARE LORENA

Médico Geriatra. Geriatra Centro Kintun y Centro geriatría Hospital DIPRECA.

RAVINET CONTRERAS, JAVIER

Psicólogo. Psicoanalista. Miembro de la International Psychoanalytical Asociation.

RODRÍGUEZ-URRUTIA, AMANDA

Médico Psiquiatra. PhD en Psiquiatría por la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB). Psiquiatra Sección de Psiquiatría de Enlace Hospitalaria del Hospital Universitario Vall d'Hebron de Barcelona.

SAGREDO GUIDOTTI, CARLOS

Médico Psiquiatra. Especialista en Trastorno afectivo bipolar. Director Médico Fundación Neuropsiquiátrica de Santiago.

SÁNCHEZ GONZÁLEZ, ROBERTO

Médico Psiquiatra. PhD en psiquiatría Universidad autónoma de Barcelona (UAB). Psiquiatra Departamento de Psiquiatría. Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones. Hospital del Mar, Barcelona, España.

SANTANDER, PABLO

Médico Psiquiatra, Universidad de Chile. Psicoanalista. Miembro titular de la Asociación Psicoanalítica Chilena (APCh), y miembro titular de International Psychoanalytical Association.

SCIOLLA DONOSO, CARLOS

Médico Psiquiatra. Psiquiatra, Hospital Psiquiátrico Philippe Pinel y Hospital de día Aconcagua. Diplomado en Neuropsicología (Universidad de Valparaiso), y en Metodología de la Investigación en Salud, Universidad de Chile.

SERRA MAGGI, LEONARDO

Médico Neurólogo. Especialista en Trastornos del Sueño. Universidad de Bologna, Italia. Past-president de Sociedad Chilena de Medicina del Sueño. Neurólogo del Centro de Trastornos del Sueño, Facultad de Medicina, Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

TORO ALBORNOZ, JORGE

Epidemiólogo. Universidad Santo Tomás, Santiago.

VALDÉS ZAÑARTU, LUIS FELIPE

Psicólogo. Máster en neurociencia experimental y clínica, Universidad de Murcia, España. Postítulo en neuropsicología, Instituto Superior de Estudios Psicológicos, España. Diplomado en evaluación neuropsicológica y cognitiva de adultos, Pontificia Universidad Católica, Chile. Neuropsicólogo forense de la unidad de evaluación de personas imputadas del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak; como neuropsicólogo clínico en la Fundación Nepsis.

Índice

Créditos 4
Portadilla 5
Índice 8
PRÓLOGO 10
SECCIÓN I. Aspectos generales del envejecimiento y evaluación psicopatológica 12
- Envejecimiento normal. Rafael Jara López 13
- Envejecimiento desde una perspectiva socioantropológica. Eduardo Medina Cárdenas y Jorge Toro Albornoz 32
- Vida afectiva y sexual en el adulto mayor. Algunas reflexiones. Javier Ravinet 46
- La entrevista clínica en psicogeriatría. Luis Fernando Agüera Ortiz y Jorge López Álvarez 55

SECCIÓN II. Trastornos psiquiátricos en el adulto mayor 79
- Depresión en el adulto mayor. Bernardo Barra Cañas 80
- Trastorno afectivo bipolar en adultos mayores. Carlos Sagredo Guidotti 96
- Ezquizofrenia en el adulto mayor. Katherina Llanos Parra y Rolando Monsalve Sepúlveda 123
- Trastorno de ansiedad en el adulto mayor. Bernardo Barra Cañas 141
- Trastornos del sueño en el adulto mayor. Leornardo Serra 155
- Adicción en el paciente adulto mayor. Atahualpa Granda 178

SECCIÓN III. Trastornos neurocognitivos del adulto mayor 201
- Deterioro cognitivo leve en el adulto mayor. Tiare Lorena Quiroz Opazo 202
- Demencia tipo Alzheimer. Tomás Ignacio León Rodíguez 219
- Delirium en el paciente adulto mayor. Roberto Sánchez González y Luis Pintor Pérez 236

SECCIÓN IV. Pruebas complementarias 248
- Evaluación neuropsicológica del adulto mayor. Luis Felipe Valdés Zañartu 249

SECCIÓN V. Generalidades en el manejo de la patología mental del adulto mayor 262
- Psicofármacos en el adulto mayor: generalidades. Julio José Herrera Mingorance 263
- La psicoterapia en el adulto mayor. Pablo Santander 274
- Sobrecarga del cuidador en adultos mayores con demencia, una mirada hacia el futuro. Eugenia Alejandra Álvarez y Carola Andrea Montecino 283

SECCIÓN VI. Aspectos éticos, legales y de salud pública del adulto mayor 289
Aspectos jurídicos a considerar en el adulto mayor. Tania Mora Biere 290
Mirada pública al deterioro psicorgánico asociado a la edad. Carlos Sciolla Donoso 302
SECCIÓN VII. Psicogeriatría en el Hospital General 321
Psicogeriatría en el Hospital General. Amanda Rodríguez-Urrutia y Luis Pintor Pérez 322
AUTORES 335